



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

# **UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**

## **Escuela de Post Grado**

### **DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **TESIS**

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ACEPTACIÓN DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS EN PUERPERAS DEL HOSPITAL  
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2017”

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORA**

**Mg. Amalia Verónica, LEIVA YARO**

**ASESORA**

*Dra. Lady Dayana, PUMAYAURI DE LA TORRE*

**Huánuco – Perú  
2018**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintiún días del mes de setiembre del año dos mil dieciocho, siendo las 18.00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Juana Irma Palacios Zevallos, **Presidenta**, Dra. Gladys Rodriguez de Lombardi, **Secretaria**, y Dra. Maria Luz Preciado Lara, **Vocal**, respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 418-2018-D-EPG-UDH, de fecha dieciséis de julio del año dos mil dieciocho y la aspirante al Grado Académico de Doctora: **Amalia Verónica LEIVA YARO**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUERPERAS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2017"**; para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de Bueno (Art. 54).

Siendo las 18.30 horas del día 21 del mes de SEPTIEMBRE del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

**PRÉSIDENTA**

Dra. Juana Irma Palacios Zevallos

**SECRETARIA**

Dra. Gladys Rodriguez de Lombardi

**VOCAL**

Dra. Maria Luz Preciado Lara

## **DEDICATORIA**

**Con eterna gratitud a  
Dios por darme la fuerza  
Y bienestar, a mi esposo  
Luis quien ha sido  
Un pilar fundamental  
En motivarme brindándome  
Confianza, cariño y seguridad  
Y a mi hija Betsy quien  
Es mi razón de vivir**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora Dra. Lady Pumayauri por  
Su apoyo incondicional y orientación, que  
Hizo lo imposible para la culminación  
De mi trabajo de investigación  
A todos aquellas personas que me  
Brindaron su apoyo en la ejecución  
Y presentación del presente trabajo  
De investigación

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iii
<b>INDICE</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCION</b>	viii
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Objetivo general	28
1.4. Objetivos específicos	19
1.5. Trascendencia de la investigación	19
<b>2. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	22
2.2. Bases teóricas	28
2.3. Bases filosóficas	32
2.4. Definiciones conceptuales	34
2.5. Sistema de hipótesis	44
2.6. Sistema de variables	46
2.7. Operacionalización de variables (Dimensiones e Indicadores)	47

<b>3.</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1.	Tipo de investigación	48
3.1.1.	Enfoque	48
3.1.2.	Alcance o nivel	48
3.1.3.	Diseño	48
3.2.	Población y muestra	49
3.3.	Técnicas e instrumento de recolección de datos	51
3.4.	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	54
3.5.	Aspectos éticos	55
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b>	
4.1.	Análisis descriptivo de los datos	57
4.2.	Análisis inferencial	73
<b>5.</b>	<b>DISCUSION</b>	
5.1.	Discusión de resultados	80
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	83
	<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	85
	<b>ANEXO</b>	95

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos. **Métodos:** Se efectuó un estudio de diseño correlacional con 260 puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, durante el periodo 2017. Se emplearon un cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos y escalas sobre apgar familiar, relaciones intrafamiliares y evaluación del subsistema conyugal. En el análisis inferencial se utilizó la Prueba de correlaciones de Rho de Spearman. **Resultados:** El 92,3% (240 puérperas) mostraron una actitud de aceptación de los métodos anticonceptivos. Respecto a la funcionalidad familiar, 55,8% (145 puérperas) tuvieron apgar familiar buena, 47,3% (123 puérperas) se encontraban moderadamente funcional de las relaciones intrafamiliares y 62,7% (163 puérperas) fueron parejas funcionales en el subsistema conyugal. Por otro lado, la funcionalidad familiar respecto a apgar familiar, relaciones intrafamiliares y al subsistema conyugal se relacionan significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, todas con  $p \leq 0,000$ . **Conclusiones:** La funcionalidad familiar se relaciona significativamente con aceptación de anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

*Palabras clave: aceptación de métodos anticonceptivos, funcionalidad familiar, apgar familiar, relaciones intrafamiliares, subsistema conyugal.*

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between family functionality and acceptance of contraceptive methods. **METHODS:** A correlational design study was carried out with 260 puerperal women from the Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco hospital, during the 2017 period. A questionnaire was used to accept contraceptive methods and scales on family apgar, intrafamilial relationships and evaluation of the marital subsystem. In the inferential analysis the Spearman Rho Correlation Test was used. **RESULTS:** 92.3% (240 puerperal women) showed an attitude of acceptance of contraceptive methods. Regarding family functionality, 55.8% (145 puerperal women) had good family apgar, 47.3% (123 puerperal women) were moderately functional of intrafamilial relationships and 62.7% (163 puerperal women) were functional couples in the subsystem conjugal. On the other hand, family functionality regarding family apgar, intrafamilial relationships and the marital subsystem are significantly related to the acceptance of contraceptive methods, all with  $p \leq 0,000$ . **CONCLUSIONS:** Family functionality is significantly related to the acceptance of contraceptive methods in puerperal women at Hermilio Valdizán Medrano Hospital in Huánuco.

**Keywords:** *acceptance of contraceptive methods, family functionality, family apgar, intrafamilial relationships, marital subsystem.*



## INTRODUCCION

El comienzo de la anticoncepción en el puerperio se centra esencialmente en disminuir el número de embarazos no deseados y de periodos inter-genésicos cortos que coloquen en riesgo la salud tanto de la madre como de su niño, facultando particularmente a estas mujeres de planear el embarazo hasta hallarse en condiciones de salud optimas que acepten asumirlo<sup>1</sup>.

Los embarazos no planeados se han relacionado a resultados desfavorables durante el embarazo, incorporando posterior acceso al control prenatal, incremento del bajo peso al nacer y la reducción de la lactancia materna. También, los intervalos cortos entre gestaciones pueden llevar a consecuencias negativas, tales como parto prematuro. La etapa del puerperio es la circunstancia ideal para orientar sobre el uso de los métodos anticonceptivos y así evitar los embarazos no deseados<sup>2</sup>.

En este sentido, la planificación familiar corresponde a uno de los pilares de salud reproductiva, donde debe responder a las necesidades de cada persona y pareja, iniciando la participación activa del varón e incluyendo las actitudes hacia los métodos anticonceptivos, así como de la diversidad cultural de las personas<sup>3</sup>.

La utilización de los métodos anticonceptivos posee la finalidad de minimizar las tasas de natalidad y también la mortalidad materno – neonatal, evitando embarazos en adolescentes, gestaciones múltiples, gravidez con periodos intergenésicos cortos o incluso para impedir embarazos no deseados que lleguen a abortos situando más en riesgo la salud de la madre<sup>4</sup>.

Por otro lado, la elección de los métodos anticonceptivos en la etapa puerperal se ha visto determinada por numerosos factores que afectan directa o indirectamente a la comunidad, dentro de ellas se tiene la familia.

Según la Organización Mundial de la Salud uno de los fines primordiales de cada país es mejorar el grado de salud de la población haciendo referencia a la familia como ente fundamental en el ámbito de la salud, a causa de que la familia ocupa un sitio fundamental en el campo de investigación, específicamente por el compromiso entre la salud familiar y el proceso salud-enfermedad<sup>5</sup>.

En el mismo sentido, concerniente al constructo de funcionalidad familiar, según la bibliografía es un concepto de rasgo sistémico, que contempla características relativamente estables, por medio de las que se asocian interiormente como grupo humano, las personas que la conforman. Del mismo modo, se ha dicho que corresponde al conjunto de relaciones interpersonales que se forman en el interior de cada familia y que le otorgan identidad propia<sup>6</sup>.

Gran parte de los autores concuerdan en aceptar que, el funcionamiento familiar se sintetiza a partir de dos procesos fundamentales, que actúan a partir de la dinámica relacional sistémica en el interior de la familia, es decir, la funcionalidad familiar se conceptualiza como aquella familia que logra iniciar el desarrollo integral de sus miembros como también un estado de salud positivo en ellos donde los que integran perciben el funcionamiento familiar declarando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros esenciales de la función familiar, siendo la adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos<sup>7</sup>.

De esta forma la funcionalidad familiar se logra al momento donde los objetivos familiares se cumplen completamente en una homeostasis sin tensión, a través de una comunicación adecuada y cimentada en el respeto de las relaciones intrafamiliares<sup>8</sup>.

Arias y Herrera<sup>9</sup> declaran que el funcionamiento familiar posee un significativo rol, no solamente en el inicio de la enfermedad, sino además en el proceso de su rehabilitación, en el grado en que cumpla con sus funciones básicas. Se considera una familia funcional en el momento en que las tareas asignados a cada uno de los integrantes están claras y son consentidos por éstos. (5)

Con lo anteriormente expuesto, en el presente estudio de investigación se plantea el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, periodo 2017.

En tal sentido, nuestra investigación se estructura en cinco capítulos, donde los acápites del problema, la formulación del problema, el objetivo general y específico y la trascendencia de la investigación, constituyen el primer capítulo.

En el capítulo dos planteamos el marco teórico, considerando los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las bases filosóficas, las definiciones conceptuales, sistema de hipótesis y sistema de variables.

El marco metodológico se trabajó en el tercer capítulo, el cual está representado por el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

En el cuarto capítulo se encuentran los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el quinto capítulo se incluye la discusión de los resultados. Luego se incorpora las conclusiones y las recomendaciones. Y, por ultimo las referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

Gran proporción de mujeres que se encuentran en la etapa extendida del puerperio desean retrasar o evitar embarazos futuros. Sin embargo, muchas no están disponiendo un método anticonceptivo. En el año 2008, el análisis de datos en 17 países mostró una alta necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en el periodo posparto – con rangos entre el 45% y más del 80%<sup>10,11</sup>.

De acuerdo a la información de la encuesta de demografía y del estado de salud de 27 estados, el 95,0% de ellas que transitan la etapa de 0 a 12 meses posparto pretenden evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70% de ellas no usan métodos anticonceptivos<sup>12</sup>.

En los estados con menor desarrollo, más de 100 millones de féminas (cerca del 17% de casadas) preferirían evitar un embarazo y, sin embargo, no utilizan ningún método de planificación familiar<sup>13</sup>.

Zavala, Correa, Posada, Domínguez y Barojas encontraron que la cobertura anticonceptiva postparto en el Instituto Mexicano del Seguro Social es baja de acuerdo al indicador nacional, es decir, 105 usuarias consintieron la utilización de métodos de planeación familiar después del parto (57,4%) y 42,6% lo rechazaron<sup>14</sup>.

Según la información evidenciada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el estado peruano, el sexo femenino fértil, casi la totalidad, el 99,8%, han escuchado comentar de algún método de planeación

familiar, siendo los modernos los que tienen mayor conocimiento por el 99,6% de ellas. Los métodos más reconocidos son el inyectable (99,0%), el preservativo masculino (98,4%) y las pastillas (98,0%). A pesar de haber escuchado alguna vez acerca de los diferentes métodos anticonceptivos, un gran porcentaje de la población en edad fértil no ha usado o no los usa recientemente, es decir solo el 75,2% de las usuarias ha utilizado alguna vez anticonceptivos y solo un 87,0% de la población con sexualidad activa hace uso actualmente un métodos anticonceptivo<sup>15</sup>.

Por su parte, Moras<sup>16</sup> encontró que las usuarias puérperas de las unidades de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima presentan un 89,7% con decisión de aplicarse un método anticonceptivo antes de que se dé el alta hospitalaria, siendo el anticonceptivo más preferido el acetato de Medroxiprogesterona, asimismo, en segundo y tercer escaño, la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral, respectivamente.

Entonces, en la preferencia de un anticonceptivo en las mujeres se implican dos pilares importantes. Estos se refieren, por un lado, el equipo de salud, el cual posee el deber de brindar la totalidad de los métodos disponibles, con educación, aclarando dudas y con consejería relacionado a las ventajas, desventajas y posibles efectos colaterales de cada uno de los métodos brindados, y en cambio, las potenciales futuras usuarias, las cuales deberán hacer una elección de acuerdo a sus principios, creencias y deseos después de la información recibida<sup>17</sup>.

En el mundo, la planificación familiar se valora como la intervención primordial que salva la vida de madres e hijos. La etapa puerperal poseen la

más grande cantidad de necesidades de planeación familiar insatisfechas. Sin embargo, en global no reciben las unidades que ameritan lograr intervalos intergenésicos más largos o para reducir los embarazos no planeados y sus consecuencias<sup>18</sup>.

Después del parto, la anticoncepción tiene una dimensión especial si se toma en cuenta que el anticonceptivo escogido debe certificar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo<sup>19</sup>.

Romero, Soria y Ponce mencionan que las razones para no aceptar los anticonceptivos fueron de orden personal en la mayoría de las pacientes (77,1%); esta cifra también es similar a la referida por Navarro, Gutiérrez, Álvarez y Aguayo quienes encontraron 73,0% de ellas argumentaron iguales motivos para rechazar los anticonceptivos en la etapa puerperal<sup>20,21</sup>.

Asimismo, Lizarzaburu en su estudio revela que las barreras individuales, socio-culturales, con la atención de planificación familiar y con el personal de salud fueron un obstáculo para la utilización de un método anticonceptivo en las mujeres hospitalizadas<sup>22</sup>.

Castañeda, Castro y Lindoro entrevistaron 61 mujeres puérperas con grupo de edad entre los 17 y 37 años y como principales causas de la falta de aceptación de métodos fueron los mitos y rumores (36,1%), miedo a reacciones adversas (19,7%), religión (14,8%) y falta de consentimiento de la pareja (11,5%)<sup>23</sup>.

Casterline y Sinding pone de manifiesto una serie de obstáculos y limitaciones que pueden minar la capacidad de las mujeres para actuar sobre sus preferencias de maternidad. Por ejemplo, a varias mujeres les atemorizan los efectos secundarios de los métodos debido a que han oído rumores sobre

ellos o los han vivido ellas mismas. Otras temen la desaprobación del marido o su reacción en el momento de que ellas usen algún método; otras la rechazan por causas personales. Algunas mujeres vivieron un sentimiento ambivalente ante la probabilidad de quedar embarazadas. Finalmente, muchas no tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos o en qué lugar obtenerlos, o no poseen accesibilidad al método que prefieren por las debilidades que presentan los servicios y materiales<sup>24</sup>.

Asimismo, la familia es considerada como la institución básica de nuestra sociedad; es decir, es la fuente de afectos y solidaridades, así como la fuerza de cohesión social. En la familia se tiene lugar a una variedad de caminos decisivos para la reproducción social, comprendidos la socialización primaria de las personas, la generación y transmisión de patrones y prácticas culturales así como la elaboración de relaciones de poder y autoridad entre géneros y generaciones. La salud de la familia se considera como la salud de los integrantes de esta, en términos de su funcionalidad efectiva, en la dinámica interaccional, en la capacidad de resolver los cambios del ámbito social y del propio grupo, en la resolución de las funciones para el desarrollo de sus integrantes favoreciendo el crecimiento y desarrollo personal, según los requerimientos de cada ciclo de la vida. Es oportuno distinguir también la familia funcional de la disfuncional, en donde ésta última se ve impedida para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, y se ven afectadas áreas como la educación y el desarrollo afectivo<sup>25</sup>.

La funcionalidad de la familia corresponde a un determinante en el mantenimiento de la salud o en el surgimiento de la enfermedad entre sus miembros. Con cimiento en que la familia responda o deje de responder



fielmente sus funciones; se trata de una familia funcional o también disfuncional, ya que la funcionalidad de la familiar corresponde a la capacidad del sistema para afrontar y superar cada una de las fases del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa<sup>26</sup>.

En el mismo sentido, Rafael manifiesta que la utilización de métodos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar<sup>27</sup>.

Por otro lado, en función a la Organización Mundial de la Salud se afirma que la planificación familiar después del parto se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto<sup>28</sup>.

La planificación familiar permite que las parejas tengan el número de niños que desean y que logren un espaciamiento saludable de los embarazos; además de ayudar a mejorar la salud materna e infantil. Los embarazos muy seguidos pueden significar serios riesgos de salud para las madres y sus hijos. Una espera de menos de 18 a 24 meses entre un embarazo y otro se relaciona con un incremento en el riesgo de parto prematuro; bajo peso al nacer; muerte fetal, neonatal e infantil; y resultados adversos de la salud materna<sup>29,30</sup>.

La planeación familiar después del parto puede impedir más del 30,0% de muertes maternas y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años<sup>31</sup>.

Fonseca indica que el tener gestaciones demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre se recupere del desgaste que este conlleva provocando así gestaciones de alto riesgo y en consecuencia redundando en el

estado de salud del infante con bajo peso al nacer, prematuridad, traumatismo al nacer, vulnerabilidad a las infecciones, falla de órganos múltiples, y no solo para el niño que nace sino además para el anterior luchando así por nutrientes y cuidados, cuando se tienen estas circunstancias es más posible que el niño muera durante los primeros años de vida<sup>32</sup>.

Proctor, Jenkins y Loeb sostienen que el período posparto brinda la posibilidad no sólo de captar una población cautiva para la educación sobre los métodos sino también altamente motivada. Durante este periodo, la consejería acerca de los diferentes métodos, la elección y la utilización subsiguiente constituye una oportunidad principal para impedir embarazos futuros no deseados<sup>33</sup>.

El embarazo no planificado corresponde a un problema sustancial de salud pública, tanto en los estados desarrollados como en el mundo en vías de desarrollo, debido a sus consecuencias adversas sociales y de salud, incluyendo a madres y niños. Entre dichos efectos se consideran la mayor posibilidad de que la mujer requiera a un aborto inseguro, de que inicie el control prenatal tardío o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso<sup>34</sup>.

Por último, Alfonso señala que brindar acceso a la atención de anticoncepción inofensivos y de bajo costo, consienta a las mujeres establecer el número y el intervalo de las gestaciones, es una de las formas de mejorar la salud y la condición de la mujer. Y, Allen, Villalobos, Hernández, Suárez, De la Vara, De Castro, et. al señalan que se requieren de políticas equitativas que promuevan el uso de anticonceptivos, particularmente en el periodo postevento obstétrico<sup>35,36</sup>.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL:**

Se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:**

- ¿Qué relación hay entre la funcionalidad familiar respecto al apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?
- ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?
- ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?

## **1.3. OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

#### **1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Establecer la relación entre la funcionalidad familiar respecto a apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.
- Valorar la relación entre la funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.
- Evaluar la relación entre la funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

#### **1.5. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACION.**

Los resultados del presente trabajo tiene como propósito aportar a la construcción de líneas de intervención y acciones integradoras del manejo de la problemática de familias con mujeres puérperas en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos inter-genésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto y en pro del mejoramiento de la dinámica y funcionalidad familiar.

La familia debe tener su propio desarrollo, sus propios cambios a través de estrategias, normas y procedimientos dados por todos sus miembros.

Cada miembro de la familia debe cumplir tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conductas y que la pareja posea

una lucha constante de superación, comunicación afrontando eficazmente la resolución de los problemas y los conflictos que pueda suscitarse.

#### **1.5.1. A NIVEL TEÓRICA**

La investigación se justifica teóricamente en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de las mujeres en el periodo del puerperio.

Asimismo, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos y definiciones en futuros estudios.

#### **1.5.2. A NIVEL PRÁCTICA**

Así mismo, a partir del punto de vista práctico, los resultados van a permitir abordar el problema, estableciendo medidas preventivas ante esta situación, con el propósito de la mejora de la calidad de vida de las mujeres y de sus familias, por lo que la investigación es esencialmente útil desde el punto de vista preventivo promocional, ya que el no uso de los métodos anticonceptivos en muchas situaciones dificulta el futuro de las mujeres puérperas, siendo que la familia podría ayudar a evitar esta situación, esto motivará otros trabajos similares para tratar de darle solución.

El estudio del uso de los anticonceptivos en la etapa puerperal es de suma importancia, no solamente debido a que es el factor próximo más primordial de la fecundidad, sino por la realización práctica que pueden hacer de este resultado los gestores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud.

### **1.5.3. A NIVEL ACADÉMICA**

Académicamente, el estudio se justifica porque se utilizarán métodos y técnicas científicas para diseñar el instrumento con el cual se medirá la variable en estudio y de esa forma obtener una aproximación de la realidad, para dar respuesta confiable a los objetivos propuestos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Consideraron los siguientes antecedentes de investigación:

##### **2.1.1. A nivel Internacional**

- En Ecuador, en el año 2017, Ríos efectuó un estudio con el objetivo de relacionar la lactancia materna exclusiva (LME) con la funcionalidad familiar (FF) y, el índice de apego madre e hijo en niños menores de 6 meses de edad. El estudio fue de tipo prospectivo analítico transversal, lo realizó con una muestra de 86 madres, captadas inicialmente en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje y, posteriormente realizó un seguimiento a los 3 y a los 6 meses de edad. Para la recolección de la información sociodemográfica se empleó una encuesta semi estructurada; la LME fue constatada a través de la observación directa; la FF fue evaluada con el test FF SIL; el apego madre e hijo con el test de índice de apego madre e hijo. Los datos fueron analizados mediante la prueba estadística del  $\chi^2$ , valor de p, V de Cramer y el OR con un IC al 95%. En sus resultados, determinó que existe una proporción menor de madres con LME el 43%, las cuales pertenecen a familias funcionales el 91,89% y tuvieron índice de apego óptimo el 2,70%; el OR (Odds ratio) y los límites de confianza no tienen significancia estadística, no es la función familiar y el índice de apego un factor de riesgo o de

protección para la LME. En conclusión la FF y el índice de apego no se relaciona estadísticamente con la LME<sup>37</sup>.

- En México (2012) Allen, Villalobos, Hernández, Suárez, De la Vara, De Castro, et. al llevaron a cabo un estudio con el objetivo de ofrecer evidencia actualizada sobre inicio de vida sexual y uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas en México por grupos de edad, lugar de residencia y estado civil. Se examinaron datos de las ENSANUT 2006 y 2012, acerca de conocimientos y uso de anticoncepción. En 2012, 31,2% de las adolescentes había iniciado la actividad sexual; el uso del preservativo incrementó de 31,8 a 47,8% entre 2006 y 2012. El 47,9% de 30 a 34 años y 53,2% de 35 a 49 años comunicaron no haber utilizado anticonceptivo en su última actividad sexual. Un porcentaje elevado no eligió anticonceptivo pos evento obstétrico: 52,0% (15-19 años), 44,2% (20-29 años), 42,5% (30-34 años) y 39,0% ( $\geq 35$  años)<sup>38</sup>.
- En México, en el año 2009, Romero, Soria y Ponce desarrollaron un estudio con el objetivo de identificar la cantidad de mujeres con gestaciones no planeadas que aceptan métodos durante la etapa puerperal inmediata y los factores relacionados con su aceptación. Estudio transversal con mujeres en el puerperio inmediato. El análisis inferencial correspondió a ji al cuadrado, t de Student y análisis de regresión logística. Hallaron 1024 mujeres; 55,3% tuvieron embarazo planificado, de las cuales 80,7% aceptaron los métodos anticonceptivos. El 44,7% restantes mostraron embarazo no planificado: 87,8% accedieron a anticonceptivos ( $p = 0,003$ ). El factor



con alta significancia para la aceptación de métodos fue la multiparidad ( $p=0,034$ ). Concluyeron que la aceptación de anticonceptivos es mayor en mujeres con embarazo no planeado, que en las que lo planearon<sup>39</sup>.

- En México el año 2007, Zavala, Correa, Posada, Domínguez y Barojas llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar los argumentos de rechazo manifestados por las puérperas usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de México, que no acceden a métodos de planificación familiar (MPF) después del parto de alta continuidad (dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral). Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Muestra por conveniencia: usuarias cuyo parto fue atendido en el Hospital, captadas durante las visitas. Los datos se obtuvieron por método de encuesta, previo consentimiento informado. Concluyeron que la cobertura de uso de métodos postparto en el servicio es baja. Los argumentos manifestados por las pacientes al rechazar los MPF, evidencia que la mujer tiene escasos de sentimiento de propiedad relacionado a su cuerpo; y que existe desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos de los métodos<sup>40</sup>.
- En México el 2002, Agabo realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva post-evento obstétrico. Realizó un estudio transversal descriptivo en puérperas post-evento obstétrico sin protección anticonceptiva en el periodo de enero-marzo del 2006. El tamaño de la muestra fue de 176. Incluyeron a puérperas sin protección anticonceptiva que aceptaron participar en el estudio previo

consentimiento informado. Analizaron las variables sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos, personaje que otorga consejería de planificación familiar, causas de no protección anticonceptiva por contraindicación médica, y las atribuibles a la paciente y a la unidad médica. Aplicó una encuesta validada de la Vigilancia Operativa de la Anticoncepción en Hospitales. La prevalencia de rechazo de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico fue de 22.6%. Las causas de no aceptación de métodos de planificación debidas a contraindicación médica, la corioamnioitis estuvo presente en el 55.5% (IC al 95% de 46-63). De las atribuibles a la paciente predominaron los motivos personales en un 58.8% (IC al 95% de 50-65), seguida de mala experiencia con el DIU en el 10.8(IC al 95% 5-14) y la no aceptación de la pareja en un 6.96% (IC al 95% 2-9). Concluyó que el temor a sufrir efectos colaterales por el uso de anticonceptivos ya sea DIU u hormonales orales, la falta de apoyo por parte de la pareja, cursar con complicaciones post parto se presentaron con mayor frecuencia para la no aceptación de método de planificación posterior al evento obstétrico<sup>41</sup>.

### **2.1.2. A nivel Nacional**

- En Lima-Perú, en el año 2017, Miranda desarrolló un estudio con el objetivo de establecer la correlación entre disfuncionalidad familiar y depresión después del parto en usuarias puérperas de ambientes de crecimiento y desarrollo. Trabajo descriptivo, correlacional y transversal. Institución. Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros

Vega, Callao, Perú. Fueron los instrumentos de recolección de datos: un cuestionario de cuatro preguntas, el test de APGAR familiar y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en enero del 2017. La muestra lo conformaron 117 puérperas. Encontró que la disfuncionalidad familiar se relacionó significativamente a la depresión posparto. La disfunción familiar tuvo una prevalencia alta, por lo que amerita de medidas convenientes para su detección y abordaje sobre todo en el primer nivel de atención<sup>42</sup>.

- En Lima- Perú en el año 2015, Moras efectuó un estudio con el propósito de medir la relación entre conocimiento y utilización de métodos en usuarios de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Aplicó un cuestionario sobre conocimientos y uso de métodos. Utilizó la Chi Cuadrado, con un nivel de significancia de 0,05. Las puérperas presentan un 53,8% de nivel de conocimientos deficiente, un 35,9% de conocimiento regular y solo el 10,3% logró puntaje de nivel bueno; ninguna puérpera logró calificación excelente. El 89,7% decidió aplicarse un método antes de que se efectivice el alta hospitalaria, siendo el método más elegido el acetato de Medroxiprogesterona. No se halló correlación entre las variables uso y el grado de conocimiento. Concluyeron que el nivel de conocimiento que se evidencia en alta proporción fue el “Deficiente”. Cerca del 90% de las estudiadas optó por un método de anticoncepción en la etapa puerperal. El grado de conocimientos no se correlaciona significativamente en la decisión de utilización de un método en esta etapa<sup>43</sup>.

- En Lima el año 2006, Ku ejecutó un estudio con el objetivo de establecer las razones de la necesidad insatisfecha en planificación relacionadas al embarazo no planificado, en mujeres hospitalizadas. Estudio transversal y correlacional. Realizaron una entrevista semiestructurada a 102 mujeres del Instituto Nacional Materno Perinatal. El análisis inferencial fue mediante Chi-cuadrado y OR con sus intervalos de confianza al 95%. El miedo por los efectos secundarios de los métodos fue la primera causa que determinó la necesidad insatisfecha (92,2%) y su predilección fue un factor para que la usuaria no utilice la anticoncepción y termine con un embarazo no deseado. La oposición de la pareja a la utilización del método estableció la necesidad insatisfecha (22,5%). Concluyó que los factores de necesidad insatisfecha en planificación familiar que establecen el embarazo no deseado fueron: el miedo por los efectos secundarios y la negativa de la pareja<sup>44</sup>.

### **2.1.3. A nivel Regional**

Y, en Huánuco – Perú, en el año 2016, Malpartida (1) presentó un trabajo de investigación realizado con el objetivo de determinar los factores asociados para elegir el acetato de medroxiprogesterona como método en pacientes nuevas de la unidad de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huanuco. Consideró una muestra probabilística que equivale a 229 mujeres. Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Para la recolección, utilizó encuestas y como instrumento el cuestionario estructurado. Para tal efecto, se llegaron a

las siguientes conclusiones: Al término del trabajo de investigación y contando con los resultados debidamente presentados en los cuadros porcentuales concluyó que: son las usuarias nuevas de la medroxiprogesterona como método de elección anticonceptiva las adultas tempranas entre los 20 a 24 años, y que cuentan con estudios universitarios, lo mismo demostró que son las convivientes las que optan este método en su gran mayoría<sup>45</sup>.

## **2.2. BASES TEORÍCAS.**

Nuestra investigación, se fundamentaron en las siguientes teorías.

### **2.2.1. Modelo de promoción de la salud, Nola Pender.**

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), consideró que la conducta está motivada por el deseo de lograr el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud<sup>46</sup>.

El MPS ilustra la naturaleza multidisciplinaria de los individuos en su relación con el ambiente cuando pretenden alcanzar la condición deseada de salud; enfatiza el vínculo entre características individuales y experiencias, saberes, creencias y elementos situacionales afines con los comportamientos de salud que se pretenden lograr, y a criterio de los investigadores al sistema de salud, responsable del acompañamiento de la persona sujeto de cuidado<sup>47</sup>.

Los componentes centrales del modelo se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos<sup>48</sup>:

- Los beneficios por la acción; que son los hallazgos positivos adelantados que se producirán como expresión del comportamiento de salud.
- Barreras sentidas para la acción; apunta a las apreciaciones negativas de la propia persona que son barrera para un compromiso con la acción, la mediación del comportamiento y la conducta real.
- Auto eficacia percibida; éste representa uno de los constructos más notables en este paradigma porque simboliza la percepción de competencia de uno mismo para efectuar una cierta conducta, la eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos obstáculos percibidos para un comportamiento de salud específica.
- Afecto asociado con el comportamiento; son las reacciones relacionadas con los pensamientos positivos o también negativos, favorables o también desfavorables hacia un comportamiento.
- Influencias interpersonales; se considera más posible que los individuos se comprometan a lograr conductas promocionales de la salud cuando las personas importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso brindan ayuda para consentirla.
- Influencias situacionales en el entorno; las cuales pueden incrementar o reducir el compromiso o la participación en el comportamiento promotora de salud.

Los diversos componentes señalados se vinculan e influyen en el logro de un compromiso para un plan de acción, que representa el precedente para el hallazgo final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en

este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas<sup>49</sup>.

En síntesis, el MPS indica las dimensiones e interacciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva<sup>50</sup>.

Para la presente investigación se asume, este modelo, el cual integra al profesional de la salud como principal motivador de los usuarios a promover conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, garantizando el bienestar físico mental y social. Y al articularlo con el modelo multicausal retomados para la investigación e interpretación de la barreras de acceso en la anticoncepción, se incluye el sistema de salud el cual no se aborda directamente por la teorista, pero puede ser incluido cuando esta plantea las demandas (bajo control) y preferencias (alto control) en competencia en el momento, ya que este aspecto se trabaja en la etapa de resultado conductual, que es donde el sistema de salud aborda las condiciones o factores de riesgo del sujeto o población al trabajar la promoción de la salud, y donde el sistema debe mirarse en un proceso de autocontrol y mejoramiento continuo en la prestación del servicio.

### **2.2.2. Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales**

El estudio de la funcionalidad familiar se ha hecho con base a varios modelos. Dentro de los cuales encontramos el modelo circunflejo marital y sistémico familiar. En el cual se valoran dos componentes del comportamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad<sup>51</sup>.

La familia corresponde a los argumentos más relevantes en la vida de la humanidad. Los estudios revelan el angosto vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desenvolvimiento del individuo. Desde el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales, el cual ha poseído una alta difusión en la actualidad en el mundo académico y laboral, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar<sup>52</sup>.

La cohesión de la familia se refiere a como los integrantes de una familia tienen límites emocionales y el grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de su sistema familiar. Así podemos clasificar desde una familia amalgamada donde los límites no están bien delimitados hasta una familia disgregada; por lo que podemos inferir que debe existir un balance adecuado en la cohesión familiar, lo que permitirá tener un mejor funcionamiento y un desarrollo mejor de la familia<sup>53</sup>.

La adaptabilidad familiar es la capacidad de la familia para cambiar y adaptarse de su estructura de poder, sus roles y sus reglas internas, ante una situación de crisis que se pueden presentar. Entonces tenemos que la familia es un sistema dinámico en el cual sus características pueden cambiar dentro de sus ciclos evolutivos, por lo que el enfoque de su estudio puede hacerse desde diversos modelos<sup>54</sup>.

El perfil de funcionalidad familiar se refiere a la evaluación de los conceptos antes señalados y nos da una orientación desde la perspectiva de la medicina familiar de cómo está cumpliendo o no con las funciones de la familia<sup>55</sup>.



### **2.3. BASES FILOSOFICAS.**

En este estudio iniciamos de la creencia de que la reproducción es un acto humano que está sujeto a múltiples condicionantes culturales sociales y biológicas. Las políticas públicas de control de nacimiento han encaminado sus esfuerzos a la promoción de técnicas de planificación familiar desde el uso de recursos anticonceptivos para prevenir la fertilización<sup>56</sup>.

El interés y la preocupación del ser humano por todo lo relacionado con la reproducción, con los cambios experimentados por la mujer, el ciclo menstrual, el parto, el puerperio, prácticamente, de los mismos orígenes de la civilización<sup>57</sup>.

Los métodos de planificación familiar se han manipulado de un modo u otro por varios miles de años a través de la historia humana desde la prehistoria. Asimismo, la planificación familiar siempre se ha realizado ampliamente, inclusive en sociedades sometidas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas “sean prolíferas y se multipliquen” — desde la era de Pericles en la antigua Atenas hasta la del Papa Francisco en la actualidad<sup>58</sup>.

Todas las culturas, desde que se tiene constancia escrita, se han preocupado y tratado de estos temas, cada una interpretando conceptos según sus conocimientos, la religión imperante del momento, la herencia de culturas anteriores, etc., así desde la antigua cultura egipcia hasta las modernas técnicas y conocimientos anticonceptivos de nuestros días<sup>59</sup>.

Actualmente ha existido éxito en la ampliación de nuevos anticonceptivos liberadores de hormonas. Al final de los años 90, se proyectaron al mercado varios métodos para el control de la natalidad

reversibles y crecidamente efectivos, como los implantes, dispositivos intrauterinos (DIU), anillos vaginales, parches transdérmicos y varios anticonceptivos orales combinados<sup>60</sup>.

Como vemos la utilización de los métodos desde los inicios, nos revela que la sociedad, muy aparte de su punto de vista, ha entendido la necesidad de usar estas técnicas y gracias a su evolución, que en primera línea estuvieron más mediadas por las costumbres y creencias hoy contamos con anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos.

## **2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES.**

### **2.4.1. Métodos anticonceptivos en el puerperio**

Actualmente se dispone de diferentes guías para la elección del método anticonceptivo de forma más individualizada según las condiciones médicas que presente la paciente, siendo una de las más importantes en la actualidad la 4ª edición de la guía de la OMS: “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”. En Estados Unidos, el CDC efectuó una adaptación de esa obra en 2010, con una 2ª edición en junio de 2013<sup>61,62,63</sup>.

En ambos manuscritos se determina un conjunto de categorías, del 1 al 4, para la utilización de una clase de anticonceptivo en cada situación médica. En síntesis, las categorías 1 y 2 consentirían la utilización de ese método anticonceptivo. Con la categoría 3 generalmente el método no se sugiere a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean admitidos. Aquellos con la categoría 4 no se deben usar para esa condición médica.

A continuación se resumen los criterios de elegibilidad o aceptación en el uso de anticonceptivos en distintas situaciones y etapas del puerperio.

#### **a) Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)**

Se diferencian en este grupo: anticonceptivos orales (AOC), anticonceptivos con parche (PAC), y anticonceptivos inyectables (AIC).

Consideraciones a tener en cuenta:

- Se recomienda al menos hasta la 4ª semana postparto para comenzar a usar AHC, para que cese el estado de hipercoagulabilidad.
- La ovulación se puede dar a partir del día 25 – 26 postparto, por lo que se sugiere usar AHC desde el día 21 en pacientes no lactantes sin

factores de riesgo de ETEV (historia de ETEV, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, hemorragia posparto, seguidamente después de una cesárea, preeclampsia o tabaquismo). En caso de poseer factores de riesgo, el uso de AHC se posterga hasta la 6ª semana postparto.

#### **b) Anticonceptivos de progesterona sola (APS)**

Se diferencian dentro de este grupo: anticonceptivos orales de progesterona sola (AOPS), acetato de medroxiprogesterona de depósito / enantato de noretisterona (D/NE), implantes de levonorgestrel y etonogestrel (LNG/ETG). Consideraciones a tener en cuenta:

- Los APS poseen mínimas implicancias sobre los factores de presión sanguínea, coagulación, y lípidos. Los estudios no han demostrado un incremento del riesgo de ACV, infarto de miocardio o ETEV con su uso.
- Este tipo de anticonceptivos logran iniciarse seguidamente tras el parto o aborto.
- Es el método de elección en madres lactantes ya que no parece afectar al volumen ni a la composición de la leche materna, ni afectar al desarrollo del lactante<sup>64</sup>.

#### **c) Dispositivo intrauterino (DIU)**

Son parte: DIU liberador de levonorgestrel (DIULNG) y DIU con cobre (DIU-Cu). Consideraciones a tener en cuenta:

- La inserción después del parto inmediato del DIU con cobre, en especial la inserción inmediatamente después del nacimiento de la placenta (dentro de los primeros 10 minutos), tiene concordancia con

tasas más bajas de eliminación del DIU que la inserción posparto diferida. Además, la proporción de expulsión con la inserción en el momento de la cesárea luego del alumbramiento son más bajas frente a las inserciones vaginales después del alumbramiento. Sin embargo, dependerá de muchos factores: edad del usuario, experiencia del ginecólogo, paridad, etc.

- Las complicaciones de perforación e infección asociadas con la inserción del DIU no aumentan en ningún momento durante el período posparto.
- Se ha corroborado de que la lactancia materna tiene un comportamiento como un determinante para la perforación uterina con la inserción de DIU.

#### **d) Píldora anticonceptiva de emergencia**

La OMS da una categoría 1 por su uso durante la lactancia<sup>66</sup>.

#### **e) Métodos de barrera**

Incluye el preservativo masculino de látex, de poliuretano, preservativo femenino, espermicida, diafragma con espermicida y capuchón cervical.

Tanto en la etapa postparto (con o sin lactancia materna) como en el postaborto, se llega a dar la categoría 1 para la totalidad de los métodos de barrera. No se estima apropiado el uso de diafragma hasta que la involución uterina no sea completa (menor 6 semanas postparto).

#### **f) Método MELA: amenorrea de lactancia**

Se refiere a la infertilidad que brinda la lactancia materna, para lo cual es importante que se cumplan de forma estricta los siguientes aspectos<sup>67</sup>:

- Menos de 6 meses postparto.

- Lactancia materna exclusiva (alimentación sólo a base de leche materna) o casi exclusiva (al menos las  $\frac{3}{4}$  partes de la ingesta es leche materna).
- La madre debe encontrarse en amenorrea.

Su uso rutinario determina una eficacia del método en el 98% de las pacientes; si se cumple de forma estricta en los primeros 6 meses postparto, la eficacia asciende al 99%.

#### **2.4.2. Funcionalidad familiar**

La funcionalidad familiar corresponde a la capacidad de la familia de lograr sus funciones, afrontar y superar cada una de los periodos del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar; valorar la forma en que permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro<sup>68</sup>.

El funcionamiento familiar es la atmósfera psicosocial del hogar familiar. Ciertos hogares gozan de un mejor clima interno y en otros ocurre lo contrario, hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. El clima alcanza variar de uno a otro periodo para una persona determinada. En general, es más posible que el clima hogareño sea insatisfactorio para el joven adolescente en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese periodo de su vida<sup>69</sup>.

Según Olson, Russell y Sprenkle, conceptualizan a la funcionalidad familiar en razón a la adaptabilidad y cohesión, precisando la adaptabilidad

como la destreza del sistema familiar para cambiar su esquema de poder, las normas, las relaciones de roles y reglas en función de las demandas situacionales, es decir, la capacidad que tiene el sistema conyugal para dar cambio a sus relaciones en respuesta a una condición estresante. La cohesión la precisan como el compromiso emocional entre los integrantes de la familia, e involucra compromiso familiar, cercanía, individualidad y tiempo compartido, es decir, los lazos emocionales que los integrantes de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan<sup>70</sup>.

Aquilino y Martínez mencionan que la dinámica o funcionamiento familiar se refiere a un patrón de interacciones que en sí misma, connota la fuerza impulsora que potencia o destruye la dinámica de la familia, y contiene un sello personológico, que configura un estilo distintivo y legítimo de ser y hacer familia, al compartir tradiciones, mitos y una cultura que le es propia<sup>71</sup>.

En su contexto general, involucra el funcionamiento completo entre sus miembros por medio de una red de comunicación amical y en su espacio más íntimo, es productora de procesos afectivos vinculativos intra e intergeneracionales en continuo evolución con estilos tanto funcionales como perturbadores, que responden en el ámbito de la conducta personal de sus integrantes y se refleja de forma sistémica en el comportamiento del colectivo familiar<sup>72</sup>.

La clase de relaciones que se instituye entre los integrantes de la familia es de capital importancia. La funcionabilidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las

acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto. Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia<sup>73</sup>.

En el estudio, las dimensiones de la funcionalidad familiar son:

#### **2.4.2.1. APGAR familiar**

La familia como sistema también juega un papel primordial no solamente en el proceso productor de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que se lleve a cabo sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo<sup>74</sup>.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como contestación a la necesidad de valorar la responsabilidad de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar<sup>75</sup>.

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein en comunicación personal, al encontrarse enfrentado en la actividad diaria con familias él descubrió, la necesidad de valorar elementos que no estaban correlacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto



que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta<sup>76</sup>.

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein informó el APGAR Familiar en 1978 con el objetivo de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo APGAR fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR para evaluar a los neonatos<sup>77</sup>.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos, que se evalúan para valorar la funcionalidad familiar<sup>78</sup>:

- Adaptación: es la capacidad de manejar recursos intra y extra familiares para dar solución a problemas en contextos de estrés familiar.
- Participación: o cooperación es la alcance de los integrantes familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades concordantes a la familia.
- Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, psicológica y auto realización, que logran los integrantes de una familia gracias al apoyo mutuo.
- Afectividad: es la relación de cariño y amor que existe dentro de los miembros de una familia.

- Recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades psicológicas y físicas, de los miembros de una familia.

#### **2.4.2.2. Relaciones intrafamiliares**

Las relaciones intrafamiliares corresponden a las interconexiones que se dan entre los miembros de cada familia. Considera la percepción que se posee del grado de unión familiar, del estilo de la familia para enfrentar problemas, para comunicar emociones, manipular las reglas de convivencia y adaptarse a contextos de cambio. Este término está muy relacionado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”<sup>79</sup>.

En el campo del análisis de los procesos de salud y enfermedad relacionados con el ambiente familiar, las dimensiones consta de siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares que son<sup>80</sup>:

- Cohesión: unión familiar física y psicológica al afrontar distintas situaciones y en la toma de decisiones de las actividades domésticas.
- Armonía: vinculación entre los intereses y necesidades personales con las de la familia en un equilibrio psicológico positivo.
- Comunicación: los integrantes de la familia son capaces de transferir sus experiencias y conocimientos de forma simple y directa.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para generar cambios de estructura de poder, asociación de roles y reglas, ante una condición que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los integrantes de la familia para vivir y demostrar sentimientos y emociones en forma positiva unos a los otros.

- Rol: cada miembro de la familia posee responsabilidades y funciones establecidas por la familia.
- Permeabilidad: capacidad de la familia para ofrecer y recoger experiencias y ayuda de otras familias y organizaciones.

#### **2.4.2.3. Subsistema conyugal**

Se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia teniendo las principales cualidades para la ejecución de sus tareas y son la complementariedad y el ajuste mutuo. Las pautas de complementariedad le consienten a cada cónyuge acceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia, así mismo debe tener límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, siendo un refugio ante el estrés externo<sup>81</sup>.

Hernández<sup>82</sup> indica que se forma cuando dos adultos, de sexo diferente se unen con la intención de formar una nueva familia, distinta a la de origen. A partir de este momento la pareja desarrolla pautas y mecanismos para la construcción y mantenimiento de esta nueva familia. Cada uno de ellos cede individualidad, consiguiendo un sentido de pertenencia, este subsistema debe de conseguir un límite que los proteja de interferencias de otros sistemas.

Minuchin<sup>83</sup> comentó que el holón conyugal, está constituido por dos adultos de diferente sexo, que se unen con la intención expresa de constituir una familia. Los dos nuevos compañeros traen consigo una gran cantidad de valores, expectativas y formas de organización, tendrán que formar conscientemente nuevas pautas de interacción, en la que cada uno deberá ir

concediendo un poco de su individualidad para adaptarse uno al otro, aunque siempre van existir puntos de fricción, este holón ha de elaborar una plataforma de acción donde establecerán los límites que los protegen sin descuidar la satisfacción de sus necesidades y la interacción de parientes políticos, hijos, y otras personas.

La adaptabilidad conyugal persigue la dinámica que se determina entre estabilidad; el conflicto conyugal se conceptualiza como la consecuencia de las discrepancias de interés entre los integrantes de la pareja. Este parámetro puede ser puntual o globalizado en distintos contextos y subsistemas familiares. El punto clave con la relación al conflicto no es su existencia, sino su condición de llevar a un proceso constructivo o destructivo<sup>84</sup>.

## **2.5. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL:**

**Ho:** La funcionalidad familiar no se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Ha:** La funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

### **2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:**

**Ho<sub>1</sub>:** La funcionalidad familiar respecto al apgar familiar no se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Ha<sub>1</sub>:** La funcionalidad familiar respecto a apgar familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Ho<sub>2</sub>:** La funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares no se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Ha<sub>2</sub>:** La funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Ho<sub>3</sub>:** La funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal no se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Ha<sub>3</sub>:** La funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

## **2.6. SISTEMA DE VARIABLES**

### **VARIABLE DE INTERES**

Aceptación de métodos anticonceptivos.

### **VARIABLE ASOCIADA**

Funcionalidad familiar:

- Apgar familiar
- Relaciones intrafamiliares
- Subsistema conyugal

### **VARIABLES DE CATEGORIZACIÓN**

- Características socio demográficos

Edad

Estado civil

Grado de instrucción

Procedencia

## 2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES)

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>VARIABLE DE INTERES</b>				
Aceptación de métodos anticonceptivos	Ninguna	SI NO	Cualitativa	Nominal
<b>VARIABLE ASOCIADA</b>				
Funcionalidad familiar	Apgar familiar	Funcionalidad buena Disfunción familiar leve Disfunción familiar moderada Disfunción familiar severa	Cualitativa	Ordinal
	Relaciones intrafamiliares	Funcional moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Cualitativa	Ordinal
	Subsistema conyugal	Pareja funcional Pareja con disfunción moderada Pareja con disfunción severa	Cualitativa	Ordinal
<b>VARIABLE DE CATEGORIZACION</b>				
Características socio demográficos	Edad	Menores de 15 16 a 25 26 a 35 Mayores de 35	Cualitativa	Ordinal
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Separada	Cualitativa	Nominal
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	nominal
	Procedencia	Rural Urbano Urbano marginal	Cualitativa	nominal



## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio de investigación fue de **tipo observacional** según la intervención del investigador, debido a que se realizó sin manipulación de variables.

Respecto a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de **tipo prospectivo**, porque se registró la información en el momento que ocurran los hechos o en el tiempo presente.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue **transversal**, ya que se midió en una sola ocasión.

Referente el número de variables de interés, el estudio fue **analítico**, debido a que se realizó un análisis bivariado.

##### 3.1.1. Enfoque

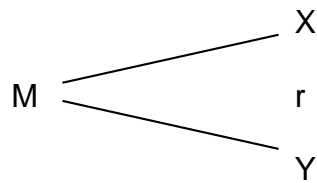
El enfoque del estudio correspondió al cuantitativo debido a que se utilizó el análisis estadístico.

##### 3.1.2. Alcance o nivel

En cuanto al nivel de investigación correspondió al **nivel relacional**.

##### 3.1.3. Diseño

El diseño del estudio fue el Diseño correlacional como en el siguiente esquema<sup>85</sup>:



Donde:

**M** = Muestra

**X** =Variable asociada

**y** = Variable de interés

**r**= La relación entre las variables

### 3.2. POBLACION Y MUESTRA

#### 3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las puérperas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre los meses de enero a junio del 2017 que hicieron un total de 800 puérperas.

##### a) Criterios de inclusión y exclusión

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio a las puérperas:

- De parto institucional.
- Con participación voluntaria del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:** se excluyeron del estudio a las puérperas:

- Con parto extra-hospitalaria.
- Con infección puerperal.
- No acepten participar en el presente estudio.

### **b) Delimitación geográfico-temporal y temática**

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el distrito de Amarilis y provincia y departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante el periodo de julio a diciembre del 2017 y enero a marzo del 2018.

### **3.2.2. MUESTRA**

En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula de cálculo de muestras para estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

$Z^2$  = 95% confiabilidad

P = 50%

Q = 1-P

e = error de estimación en 5%

N = Población

Cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 800}{(0,05)^2 (800-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{768,32}{2,9579}$$

$$n = 260$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 260 puérperas. En lo que respecta al muestro se utilizó el muestreo aleatorio sistemático.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

#### 3.3.1. Técnicas

En cuanto a las técnicas de recolección de datos, se utilizaron las técnicas de encuesta y psicometría, esta última mediante escala Likert.

#### 3.3.2. Instrumentos:

- **Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos:** Estuvo constituida por los datos de la aceptación de los métodos anticonceptivos. Asimismo, estuvo compuesto por los datos de características generales (Anexo 01).

- 

#### VALORACION:

SI 21 a 30

NO 10 a 20

- **Escala de apgar familiar:** instrumento que constó de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 1, evalúa el estado funcional de la familia (Anexo 02).

#### VALORACION:

Funcionalidad buena	5
Disfunción familiar leve	4
Disfunción familiar moderada	2 a 3
Disfunción familiar severa	0 a 1

- **Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares:** Instrumento constituida por 14 afirmaciones que evalúo las relaciones

intrafamiliares y el funcionamiento familiar, a través de las categorías de: 1. Cohesión (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas), 2. Armonía (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con las de la familia en un equilibrio emocional positivo), 3. Comunicación (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa), 4. Adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera), 5. Afectividad (capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), 6. Rol (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar) y 7. Permeabilidad (capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones) (Anexo 03).

#### **VALORACION:**

Funcional	57 a 70
Moderadamente funcional	43 a 56
Disfuncional	28 a 42
Severamente disfuncional	14 a 27

- **Escala de evaluación del subsistema conyugal:** Conformado por 12 proposiciones que valoró la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y toma de decisiones en pareja; se otorga

un valor del 0 y 1 de acuerdo a el grado de satisfacción para cada pregunta (Anexo 04).

Subsistema conyugal	12
Pareja funcional	9 a 12
Pareja con disfunción moderada	5 a 8
Pareja severamente disfuncional	0 a 4

### **3.3.3. Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:**

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a un proceso de validación con la finalidad de que los instrumentos queden aptos para ser utilizados.

#### **❖ Validación cualitativa**

Para la validación de los instrumentos de recolección de datos del presente estudio se sometieron a un juicio de expertos con el propósito de conseguir la validez de contenido del instrumento y determinar hasta donde los reactivos son representativos.

Se seleccionaran 5 jueces expertos de diferentes disciplinas, los cuales evaluaron los ítems de los instrumentos en cuanto a la claridad de la redacción y la formulación de los ítems. Se recogieron la opinión de los expertos donde emitieron por unanimidad una validación cualitativa sin observaciones (Anexo 06).

#### **❖ Confiabilidad**

Se determinó la confiabilidad de los instrumentos de investigación a través del alfa de cronbach, siendo los resultados para cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos de 0,813, para escala de apgar familiar de 0,778, para la escala de evaluación de las relaciones

intrafamiliares de 0,809 y para la escala de evaluación del subsistema conyugal de 0,811. Por lo tanto, estos instrumentos mostraron confiabilidad alta.

#### **3.3.4. Procedimiento:**

Los procedimientos para el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- a) Autorización.- Se realizó las coordinaciones respectivas con el Director del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, a través de la emisión de una solicitud con la finalidad de obtener la autorización para el desarrollo del presente estudio y recolección de datos, así mismo se coordinó con la jefatura del servicio de Gineco-obstetricia.
- b) Aplicación de los instrumentos.- La recolección de datos se realizó con la autorización de las puérperas del servicio de Puerperio mediante la firma del consentimiento informado previa explicación de los puntos establecidos.

Para la aplicación de los instrumentos se contó con dos encuestadores capacitados sobre los procedimientos a seguir durante el proceso de recolección de datos teniendo en consideración que el tiempo promedio para dicha recolección fue aproximadamente de 15 minutos por cada uno.

### **3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

#### **3.4.1. Interpretación de datos y resultados**

Se consideraron las siguientes fases:

- **Revisión de los datos**, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- **Codificación de los datos**. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos**, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- **Presentación de datos**. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

#### **3.4.2. Análisis de datos, prueba de hipótesis**

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de medidas de frecuencia y el método porcentual.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Correlaciones de Rho de Spearman, con una probabilidad de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

#### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS**

- Este estudio garantizó a los participantes a no estar expuestos a experiencias que resultan en permanentes daños graves, por ello a pesar de la aceptación del consentimiento informado para el cuestionario por parte de las madres púerperas fue garantizada de la explotación.



- Se respetó la autonomía ya que se les explicó a las madres que podrán retirarse de la investigación en el momento que lo desean.
- Se respetó la obligación ética de los lograr, los máximos beneficios y de reducir al mínimo los daños y la equivocación.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

##### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Tabla 01. Edad en años de las púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Edad en años	Frecuencia	%
Menores de 15	3	1,2
16 a 25	132	50,8
26 a 35	94	36,2
Mayores de 35	31	11,9
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos (Anexo 01).

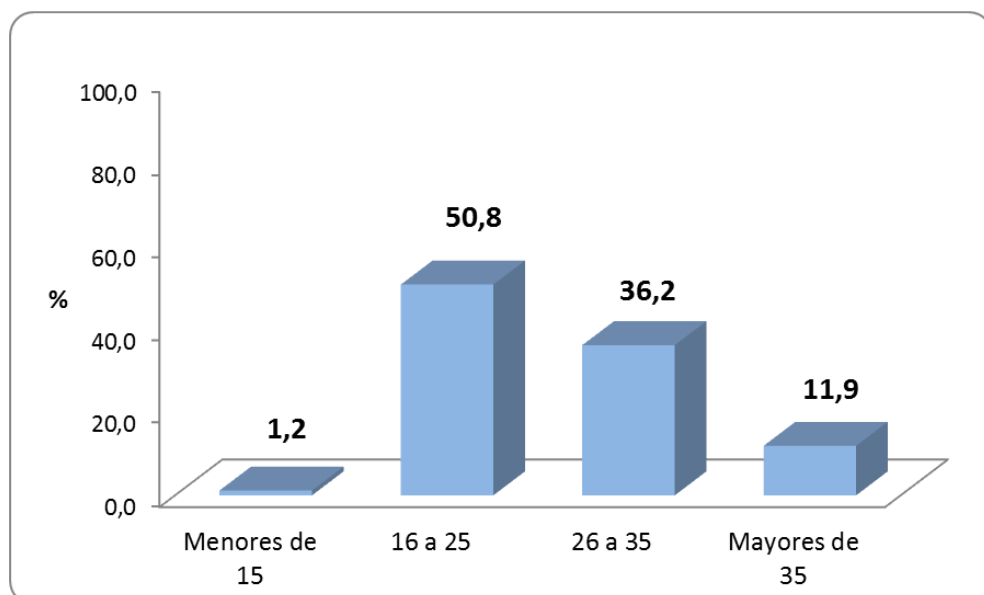


Gráfico 01. Porcentaje de púerperas según edad en años del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

En cuanto a la edad en años de las puérperas en estudio, se encontró que el 50,8% (132 puérperas) tuvieron edades entre 16 a 25 años, asimismo el 36,2% (94 puérperas) mostraron edades entre 26 a 35 años, el 11,9% (31 puérperas) presentaron edades mayores de 35 años y el 1,2% (3 puérperas) tuvieron edades menores de 15 años.

Tabla 02. Estado civil de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	12	4,6
Casada	65	25,0
Conviviente	180	69,2
Separada	3	1,2
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos (Anexo 01).

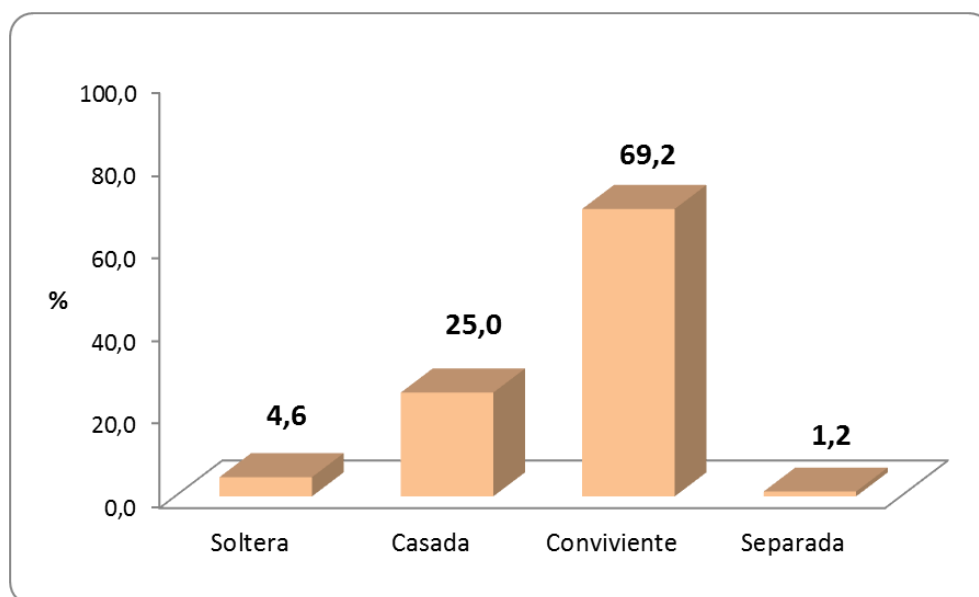


Gráfico 02. Porcentaje de puérperas según estado civil del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Con respecto al estado civil de las puérperas en estudio, se encontró que el 69,2% (180 puérperas) tuvieron estado civil de conviviente, el 25,0% (65 puérperas) fueron casadas, el 4,6% (12 puérperas) se encontraban solteras y el 1,2% (3 puérperas) tuvieron condición de separada.

Tabla 03. Grado de instrucción de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	49	18,8
Secundaria	143	55,0
Superior	68	26,2
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos (Anexo 01).

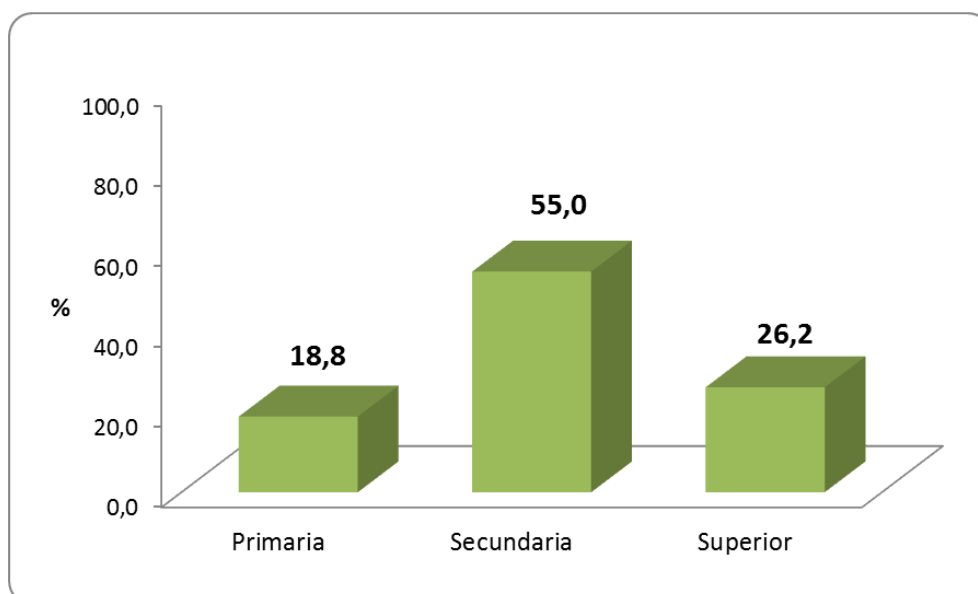


Gráfico 03. Porcentaje de puérperas según grado de instrucción del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Concerniente al grado de instrucción de las puérperas en estudio, se encontró que el 55,0% (143 puérperas) tuvieron educación de secundaria, asimismo el 26,2% (68 puérperas) alcanzaron la educación superior y el 18,8% (49 puérperas) mostraron educación primaria.

Tabla 04. Procedencia de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	52	20,0
Rural	148	56,9
Urbano marginal	60	23,1
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos (Anexo 01).

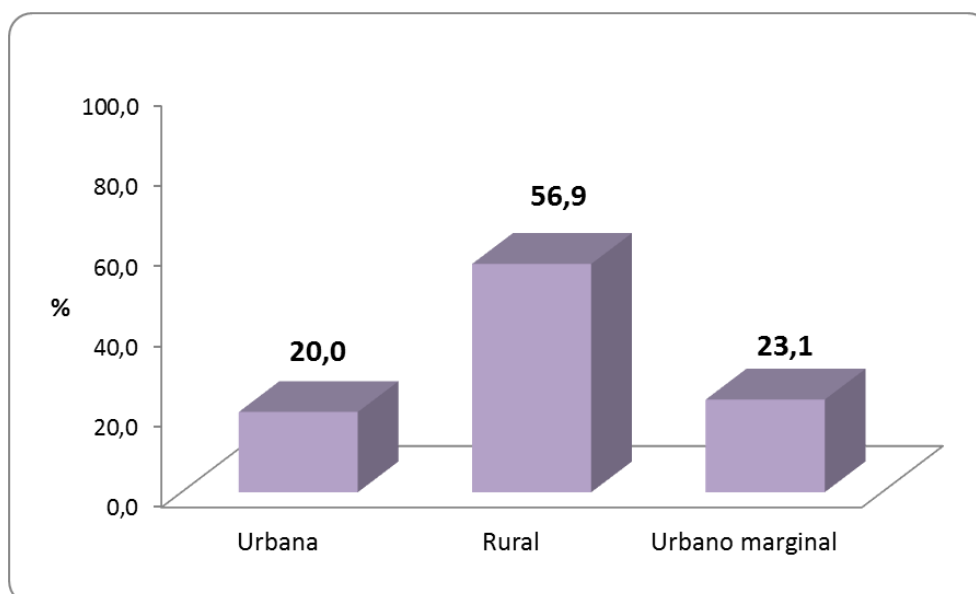


Gráfico 04. Porcentaje de puérperas según procedencia del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Respecto a la procedencia de las puérperas en estudio, se encontró que el 56,9% (148 puérperas) procedieron de la zona rural, asimismo el 23,1% (60 puérperas) procedieron de la zona urbana marginal y el 20,0% (52 puérperas) provinieron de la zona urbana.

#### 4.1.2. CARACTERISTICAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Tabla 05. Apgar familiar de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Apgar familiar	Frecuencia	%
Funcionalidad buena	145	55,8
Disfunción familiar leve	37	14,2
Disfunción familiar moderada	75	28,8
Disfunción familiar severa	3	1,2
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala de apgar familiar (Anexo 02).

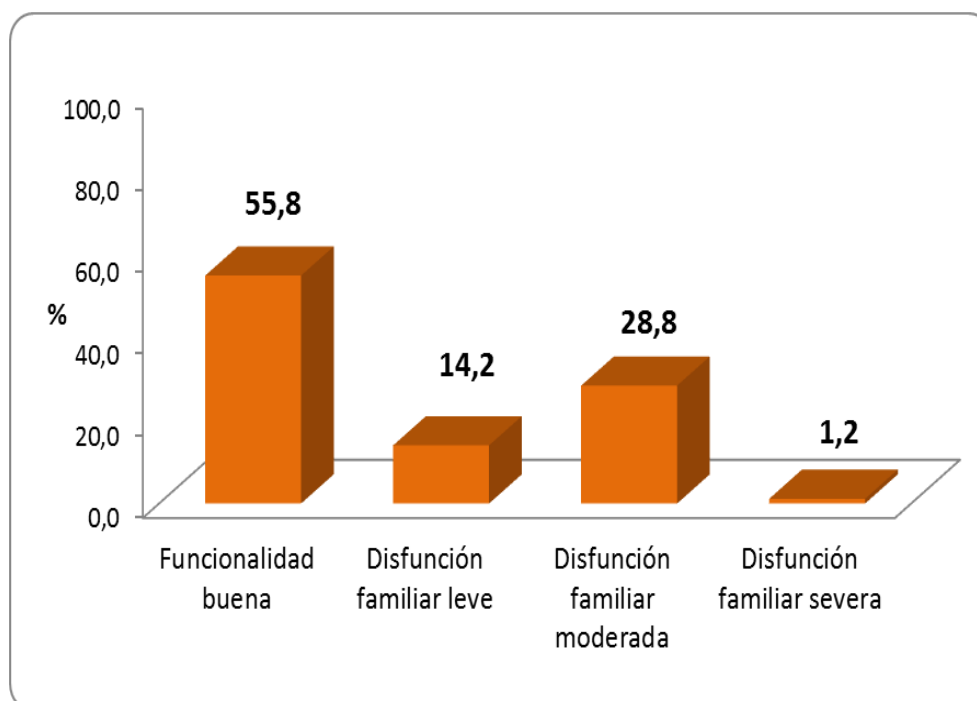


Gráfico 05. Porcentaje de puérperas según apgar familiar del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

En razón a la funcionalidad familiar a través del apgar familiar de las puérperas en estudio, se encontró que el 55,8% (145 puérperas) tuvieron funcionalidad buena, en cambio, el 28,8% (75 puérperas) presentaron disfunción familiar moderada, el 14,2% (37 puérperas) disfunción familiar leve y 1,2% disfunción familiar severa.



Tabla 06. Relaciones intrafamiliares de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Relaciones intrafamiliares	Frecuencia	%
Funcional	60	23,1
Moderadamente funcional	123	47,3
Disfuncional	75	28,8
Severamente disfuncional	2	0,8
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (Anexo 03).

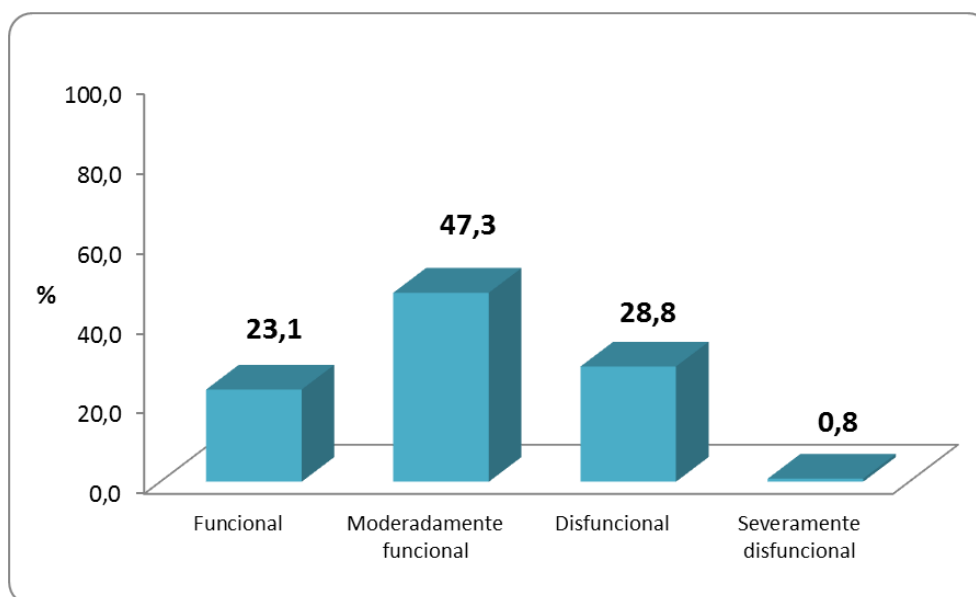


Gráfico 06. Porcentaje de puérperas según relaciones intrafamiliares del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Referente a la funcionalidad familiar a través de las relaciones intrafamiliares de las puérperas en estudio, se encontró que el 47,3% (123 puérperas) se encontraban moderadamente funcional, asimismo, el 28,8% (75 puérperas) presentaron disfuncionalidad, sin embargo el 23,1% (60 puérperas) tuvieron familia funcional y 0,8% tuvieron familiar severamente disfuncional.

Tabla 07. Subsistema conyugal de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

<b>Subsistema conyugal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Pareja funcional	163	62,7
Pareja con disfunción moderada	84	32,3
Pareja severamente disfuncional	13	5,0
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de evaluación del subsistema conyugal (Anexo 04).

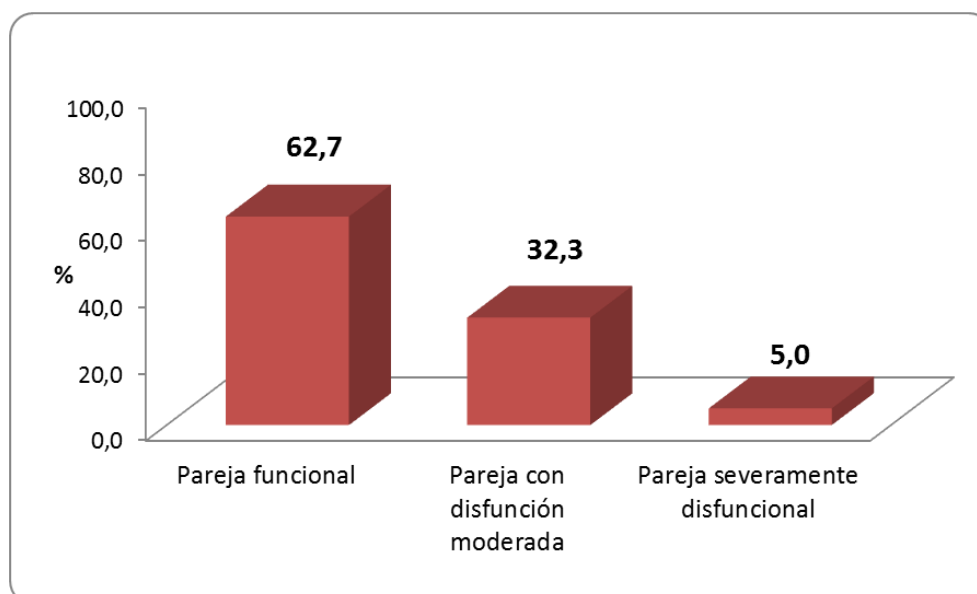


Gráfico 07. Porcentaje de puérperas según subsistema conyugal del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

En relación a la funcionalidad en el subsistema conyugal de las puérperas en estudio, se encontró que la mayoría del 62,7% (163 puérperas) fueron parejas funcionales, en cambio, el 32,3% (84 puérperas) fueron pareja con disfunción moderada y 5,0% (13 puérperas) fueron parejas severamente disfuncional.

#### 4.1.3. CARACTERÍSTICAS DE ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Tabla 08. Aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Aceptación de métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
SI	240	92,3
NO	20	7,7
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos (Anexo 01).

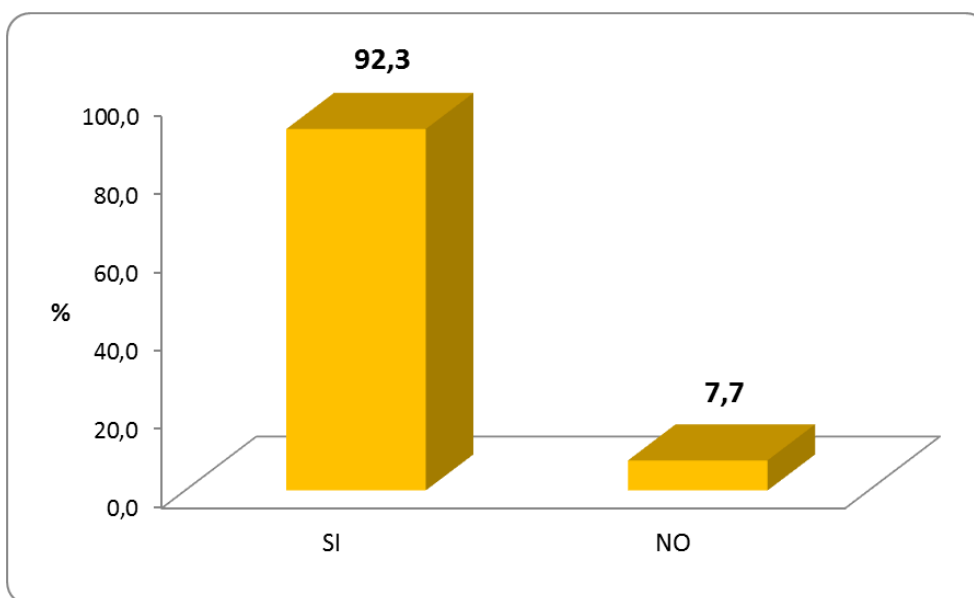


Gráfico 08. Porcentaje de puérperas según aceptación de métodos anticonceptivos del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Concerniente a la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se encontró que la mayoría del 92,3% (240 puérperas) mostraron una actitud de aceptación de métodos anticonceptivos y 7,7% (20 puérperas) no aceptaron los métodos anticonceptivos.

#### 4.1.4. CARACTERISTICAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Tabla 09. Apgar familiar por aceptación de métodos anticonceptivos de las púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Apgar familiar	Aceptación de métodos anticonceptivos				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcionalidad buena	145	55,8	0	0,0	145	55,8
Disfunción familiar leve	37	14,2	0	0,0	37	14,2
Disfunción familiar moderada	58	22,3	17	6,5	75	28,8
Disfunción familiar severa	0	0,0	3	1,2	3	1,2
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>92,3</b>	<b>20</b>	<b>7,7</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Anexo 01 y Anexo 02.

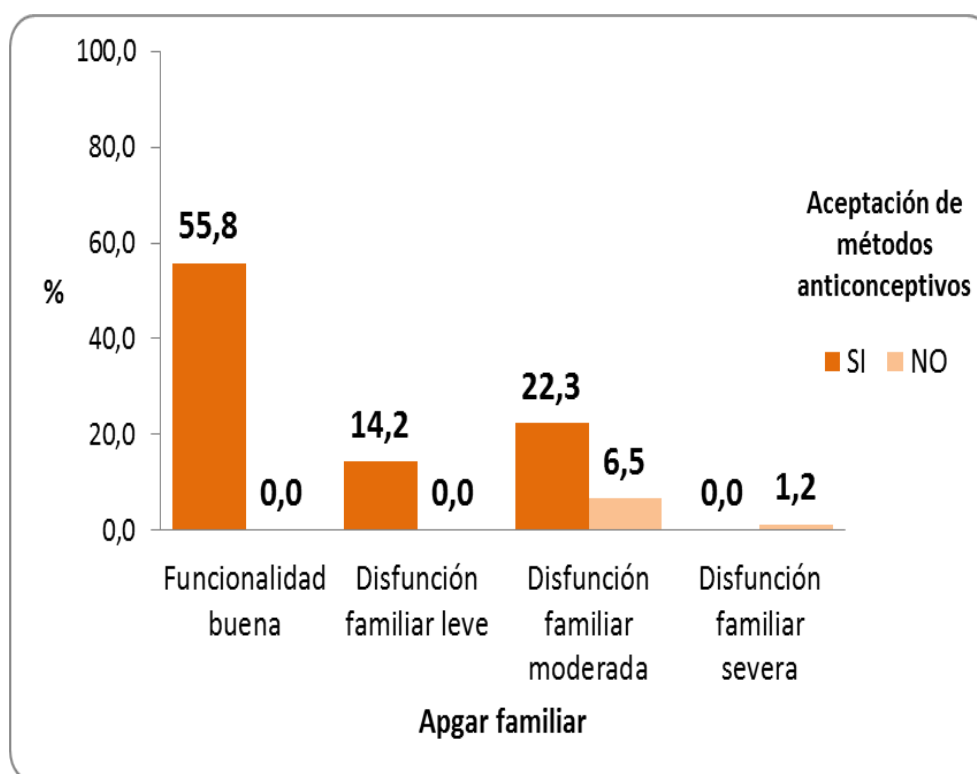


Gráfico 09. Porcentaje de púerperas según apgar familiar por aceptación de métodos anticonceptivos del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Referente al apgar familiar por la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se encontró que 55,8% (145 puérperas) presentaron funcionalidad buena y a la vez tuvieron aceptación de métodos anticonceptivos y le sigue el 22,3% (58 puérperas) con disfunción familiar moderada y a la vez tuvieron aceptación de métodos anticonceptivos.

Tabla 10. Relaciones intrafamiliares por aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Relaciones intrafamiliares	Aceptación de métodos anticonceptivos				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	60	23,1	0	0,0	60	23,1
Moderadamente funcional	112	43,1	11	4,2	123	47,3
Disfuncional	68	26,2	7	2,7	75	28,8
Severamente disfuncional	0	0,0	2	0,8	2	0,8
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>92,3</b>	<b>20</b>	<b>7,7</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Anexo 01 y Anexo 03.

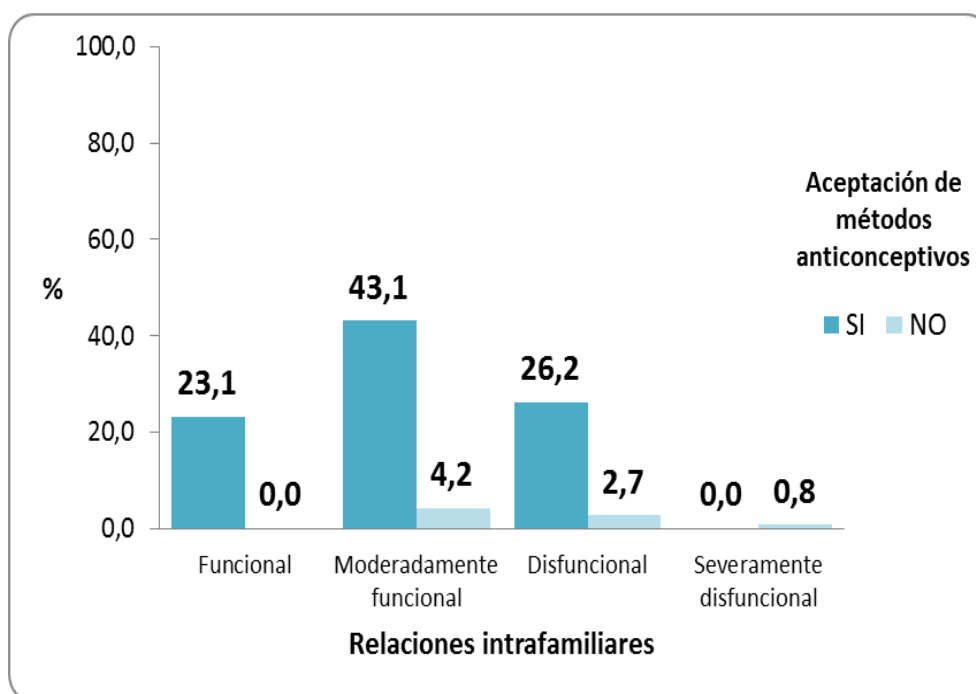


Gráfico 10. Porcentaje de puérperas según relaciones intrafamiliares por aceptación de métodos anticonceptivos del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Concerniente a las relaciones intrafamiliares por la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se observó que 43,1% (112 puérperas) se encontraban moderadamente funcional y a la vez tuvieron aceptación de métodos anticonceptivos y le sigue el 26,2% (68 puérperas) con disfuncionalidad y a la vez tuvieron aceptación de métodos anticonceptivos.

Tabla 11. Subsistema conyugal por aceptación de métodos anticonceptivos de las púerperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Subsistema conyugal	Aceptación de métodos anticonceptivos				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Pareja funcional	162	62,3	1	0,4	163	62,7
Pareja con disfunción moderada	73	28,1	11	4,2	84	32,3
Pareja severamente disfuncional	5	1,9	8	3,1	13	5,0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>92,3</b>	<b>20</b>	<b>7,7</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Anexo 01 y Anexo 04.

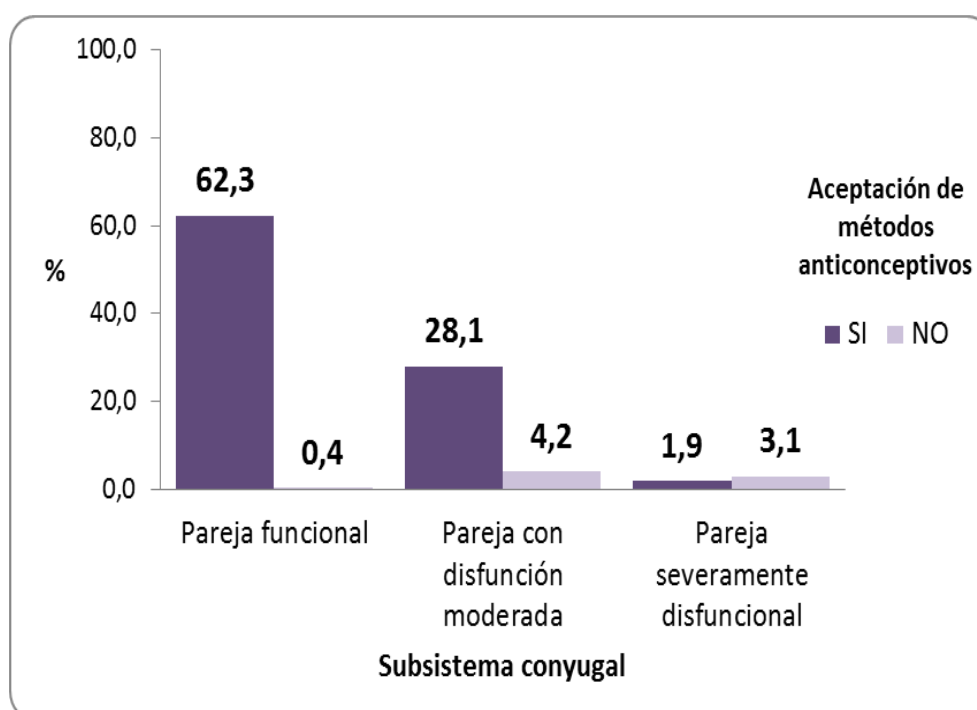


Gráfico 11. Porcentaje de púerperas según subsistema conyugal por aceptación de métodos anticonceptivos del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017



Alusivo al subsistema conyugal por la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se encontró que 62,3% (162 puérperas) tuvieron una pareja funcional y a la vez aceptaron los métodos anticonceptivos y le sigue el 28,1% (73 puérperas) con una pareja con disfunción moderada y a la vez tuvieron aceptación de métodos anticonceptivos.

## 4.2. ANALISIS INFERENCIAL

Tabla 12. Distribución normal de las variables funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

<b>Variables/dimensiones</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
Apgar familiar	0,34	260	0,000
Relaciones intrafamiliares	0,21	260	0,000
Subsistema conyugal	0,25	260	0,000
Aceptación de métodos anticonceptivos	0,23	260	0,000

**Fuente:** Anexo 01, 02, 03 y 04.

Respecto a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov sobre la distribución de los datos se encontró significancia estadística (P) menor que el valor teórico de 0,05 en relación a la variable aceptación de métodos anticonceptivos ( $p \leq 0,000$ ) y las variables apgar familiar ( $p \leq 0,000$ ), relaciones intrafamiliares ( $p \leq 0,000$ ) y subsistema conyugal ( $p \leq 0,000$ ). Por lo tanto, tanto las variables en estudio no siguen una distribución normal.

Tabla 13. Relación entre el apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Variables	Aceptación de métodos anticonceptivos	
	Rho de Spearman	Significancia
Apgar familiar	0,43	0,000

Fuente: Anexo 01 y Anexo 02.

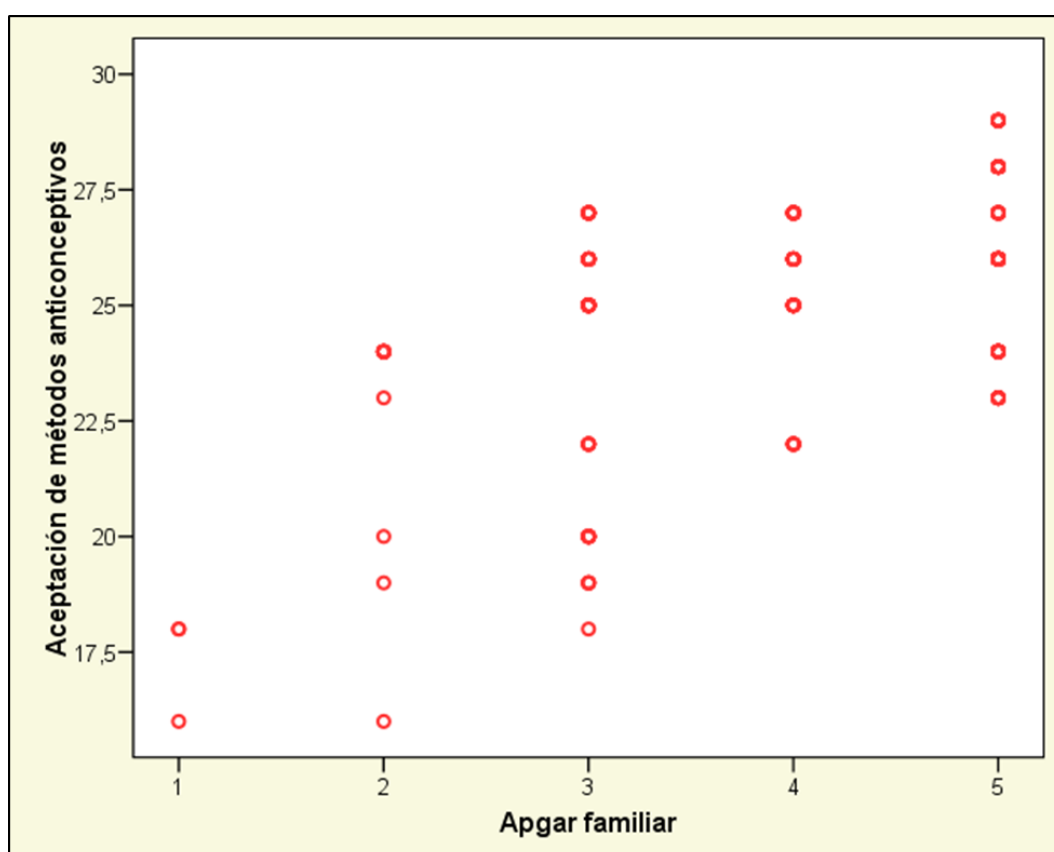


Gráfico 12. Dispersión de puntos del apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Correspondiente a la relación entre el apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se obtuvo un coeficiente de Rho de Spearman de 0,43 y una  $p \leq 0,000$ , expresando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativamente.

Asimismo, respecto a la dispersión de los puntos, se halló una relación positiva ascendente donde los puntos nos informan relación favorable y certificando que mientras el apgar familiar crece también lo hace la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

Tabla 14. Relación entre relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Variables	Aceptación de métodos anticonceptivos	
	Rho de Spearman	Significancia
Relaciones intrafamiliares	0,39	0,000

Fuente: Anexo 01 y Anexo 03.

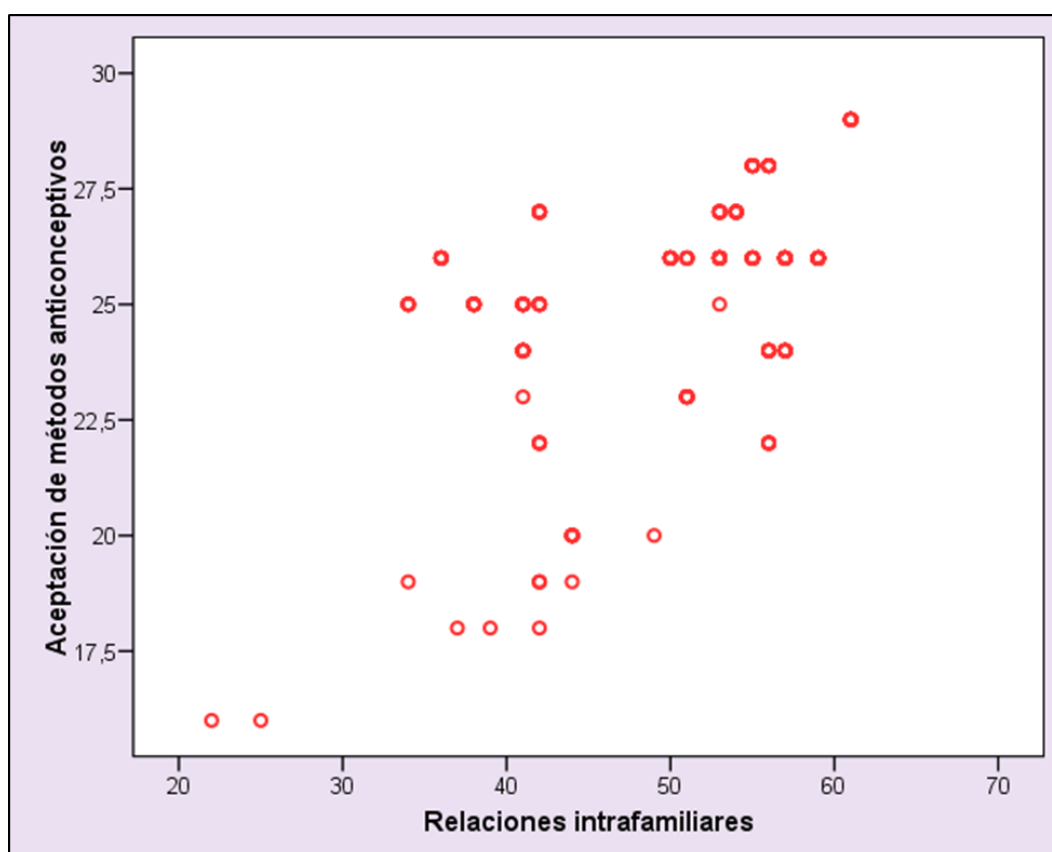


Gráfico 13. Dispersión de puntos de relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Relativo a la relación entre las relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se logró un coeficiente de Rho de Spearman de 0,39 y una  $p \leq 0,000$ , expresando significancia estadística y se concluye que estas dos variables se relacionan significativamente.

Frente a la dispersión de los puntos, se consiguió una relación positiva ascendente donde los puntos nos informan relación favorable y afirmando que mientras las relaciones intrafamiliares crecen también lo hace la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

Tabla 15. Relación entre subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Variables	Aceptación de métodos anticonceptivos	
	Rho de Spearman	Significancia
Subsistema conyugal	0,41	0,000

Fuente: Anexo 01 y Anexo 04.

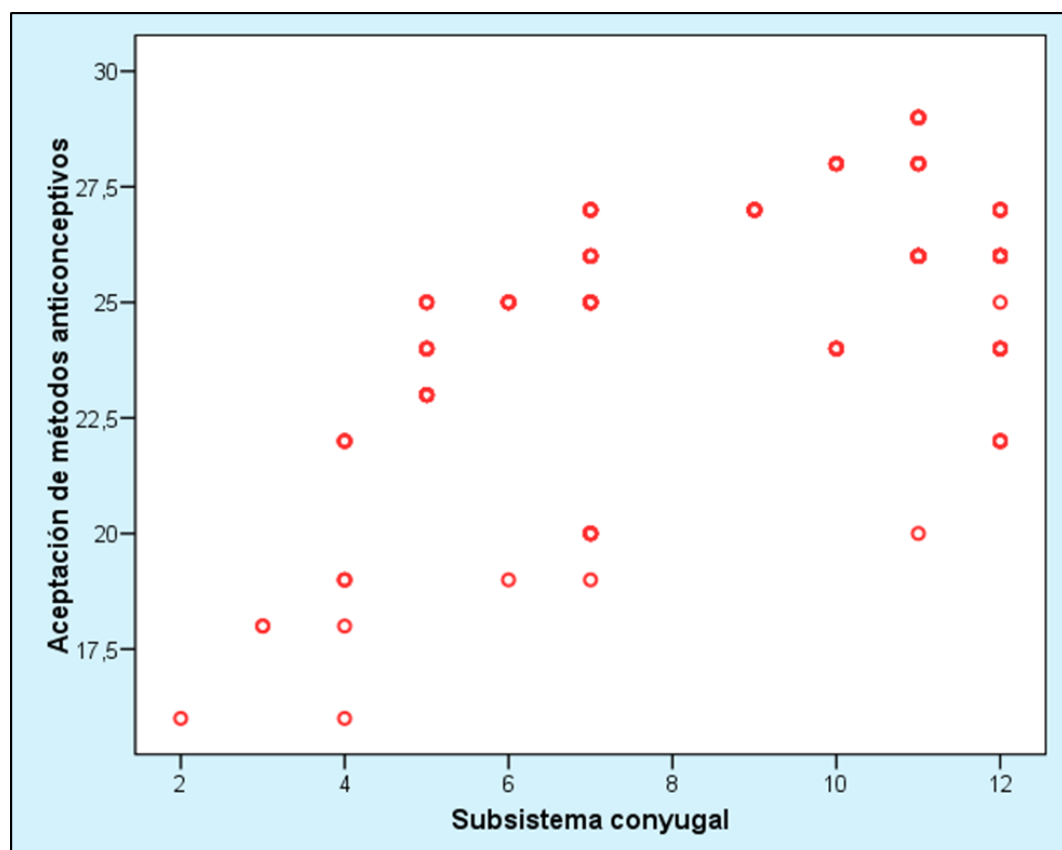


Gráfico 14. Dispersión de puntos de subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017

Y, correspondiente a la relación entre el subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas en estudio, se obtuvo un coeficiente de Rho de Spearman de 0,41 y una  $p \leq 0,000$ , expresando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativamente.

Asimismo, respecto a la dispersión de los puntos, se halló una relación positiva ascendente donde los puntos nos informan relación favorable y certificando que mientras el subsistema conyugal crece también lo hace la aceptación de métodos anticonceptivos de las puérperas del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.



## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSION**

#### **5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En nuestra investigación se halló que la funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, debido a que en primer lugar, la funcionalidad familiar respecto a apgar familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, con  $p \leq 0,000$ . En segundo lugar, la funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares también se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, con  $p \leq 0,000$  y la funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, con  $p \leq 0,000$ .

De estos resultados, el hecho de encontrar relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos por las puérperas es semejante a lo que encontrado como los de León<sup>86</sup> quien indica que las principales costumbres que ejercen mayor influencia sobre la preferencia de un método moderno reversible fueron: la menstruación, el perfil pasivo de la mujer en la atención de su salud reproductiva y la dependencia mujer –marido que repercuten en la decisión del método, o en su uso continuo.

Ponce<sup>87</sup> en su investigación desarrollada con el objetivo de identificar las barreras sentidas por las puérperas para la utilización de métodos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, una de sus conclusiones fue que la determinación del cónyuge al momento de elegir un método anticonceptivo fue significativa para las puérperas.

También, Rafael<sup>88</sup> concluyó que el uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual se asoció a la funcionalidad familiar ( $p=0,007$ ), es decir estas personas de familias con funcionalidad conservada hicieron un significativo mayor uso de métodos anticonceptivos de barrera.

Así mismo, Tello<sup>89</sup> encontró que de los factores socio demográficos y su relación con la aceptación del uso de Implanon se halló diferencia estadísticamente significativa solo con la edad ( $p=0.025$ ), es decir que a mayor edad mayor decisión del uso de Implanon, de las causas psicológicas se encontró que existe mayor uso en el momento que hay mayor motivación de la paciente ( $p=0,000$ ), además se halló correlación con la no interferencia de la decisión de algún familiar o amigo ( $p=0.015$ ). Por lo que no interfieren opiniones de terceros en el uso de Implanon, con lo cual concluye que existe asociación en que a mayor edad, mayor motivación, también concluye que no existe interrupción de algún familiar en su decisión de uso de este método.

Quiroz<sup>90</sup> concluyó que la aceptación masculina producto de un mayor conocimiento y una actitud positiva hacia los métodos anticonceptivos, se constituye en un factor necesario, importante y de gran influencia en la práctica de la planificación familiar de las parejas.

Y, Sánchez<sup>91</sup> encontró en su trabajo aplicado a mujeres mexicanas usuarias del servicio de planificación familiar que se observa que respecto al nivel de autonomía el 83,4% de las participantes encuentra en categoría “no autónomas”, es decir que requieren el permiso de sus parejas para usar métodos anticonceptivos. Encontró significancia entre sus variables Autonomía de la mujer y uso de métodos anticonceptivos ( $r=.190$ ,  $p<.001$ ).

## **5.2. APOORTE DOCTORAL**

El estudio del funcionamiento familiar tiene la intención de identificar los patrones a través de los cuales comprendemos el sistema familiar, entendiendo que los patrones de comportamiento familiar pueden explicarse a través de dimensiones como apgar familiar, relaciones intrafamiliares y subsistema conyugal.

A través de la manifestación de la aceptación de los métodos anticonceptivos con participación del individuo, la familia y la cultura, el presente estudio nos conlleva a la capacidad de cambio que engloba la regulación de una compleja gama de dimensiones como lo son la afectiva, estructural, de control, cognoscitivas y de relaciones externas, y al mismo tiempo al estar relacionadas las unas con las otras pueden modificarse entre sí, hechos que a través de los resultados obtenidos podemos afianzar la Teoría del Modelo Circumplejo.

Lo que se significa que la adaptabilidad del individuo debe ser entendida como la Habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre roles y las reglas de las relaciones familiares, en respuesta a estresores evolutivos y situacionales.

Los cuatro niveles que esta dimensión tiene son: rígido (muy bajo), estructurado (menor a moderado), los flexibles (de moderado a alto) y caótica (muy alto). Siendo los niveles de flexibilidad: estructurado y flexible los propicios para un adecuado funcionamiento familiar y los extremos rígido y caótico los más problemáticos para la familia, entendiendo que en la medida que se identifique la funcionalidad familiar como parte del cuidado de la salud sexual y reproductiva las intervenciones preventivas y promocionales en este campo tendrá un impacto efectivo en la salud reproductiva.

## CONCLUSIONES

Concluimos:

- El 92,3% (240 puérperas) mostraron una actitud de aceptación de los métodos anticonceptivos.
- Respecto a la funcionalidad familiar a través del apgar familiar, el 55,8% (145 puérperas) tuvieron funcionalidad buena.
- Referente a la funcionalidad familiar a través de las relaciones intrafamiliares, el 47,3% (123 puérperas) se encontraban moderadamente funcional.
- En relación a la funcionalidad en el subsistema conyugal, el 62,7% (163 puérperas) fueron parejas funcionales.
- Y, la funcionalidad familiar respecto a apgar familiar, relaciones intrafamiliares y al subsistema conyugal se relacionan significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, todas con  $p \leq 0,000$ .

## RECOMENDACIONES

### Sugerimos

- En futuros estudios se recomienda realizar un seguimiento comparativo (cohorte) a mediano y largo plazo a puérperas con el factor exposición disfuncionalidad familiar y valorar el abandono del uso de métodos anticonceptivos.
- Instruir sobre la importancia y la necesidad de la planificación familiar no solo en la etapa del puerperio, sino también en los controles prenatales, luego en los controles posteriores al parto, etc.
- Fomentar la intervención del personal especializado mediante un enfoque holístico, de interculturalidad y derechos sexuales y reproductivos para que las usuarias efectúen una elección libre, autónoma e informada.
- Continuar promoviendo el uso de servicios de planificación familiar para consolidar las acciones de salud materna e infantil.
- Adicionar intervenciones basadas en la familia a los esfuerzos que actualmente viene desplegando el MINSA sobre la elección de métodos anticonceptivos en puérperas.
- Implementar programas de Planificación familiar complementarios a nivel extra-hospitalario tales como el entorno laboral y productivo entre otras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Salas RE. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte - octubre 2016. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017.
2. Costales FA, Valle JI. Relación entre variables socio-económicas con conocimiento y preferencia sobre métodos anticonceptivos en mujeres postparto. Hospital Enrique Garcés 2013. [Tesis de pregrado]. Quito-Ecuador: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador; 2013.
3. De La Cruz D. Conocimiento y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la selva del Peru. Revista salud pública de México, 2003; 45:461-471.
4. Casanova AE. Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa –Loja, periodo abril – agosto 2012. [Tesis de pregrado]. Loja – Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2012.
5. Ortiz MT. La salud familiar, caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):303-9.
6. Castellón S. Ledesma A. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una Comunidad Suburbana de Sancti Spíritus. Cuba: Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012.
7. Smilkstein G. La familia APGAR: una propuesta para una prueba de función familiar y su uso por parte de los médicos. J. Fam. Pract. 1978; 6(6): 1231-1239.

8. Good M, Smilkstein G, Good J, Shaffer T, Aarons T. El índice familiar APGAR: Un estudio de validez de constructo. J Fam Pract. 1979; 8: 577–582.
9. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica, 1994; 25(1): 26-28.
10. Ross JA, Winfrey WL. El uso de anticonceptivos, intención de uso y las necesidades no satisfechas en el período posparto extendida. International Family Planning Perspectives 2001;27(1):20-7.
11. Borda M, Winfrey W. Posparto fertilidad y anticoncepción: un análisis de los resultados de 17 países. Access FP; 2008.
12. Ross JA, Winfrey WL. Op. Cit. P. 20.
13. Ross JA, Winfrey WL. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en el mundo en desarrollo y la antigua Unión Soviética: una estimación actualizada. International Family Planning Perspectives 2002;28(3).
14. Zavala MA, Correa R, Posada SE, Domínguez A, Barojas J. Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México. MED. UIS. 2009;22(1):12-8.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. 2014. Nacional y Departamental. Abril 2015.
16. Moras MM. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015. [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

17. Pizarro E, Galán G, Lavín P, Benavides C, Rivera F. Estudio PIENSA: efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014; 79(5):361-367.
18. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: un problema de salud y desarrollo, una intervención clave para la supervivencia de las mujeres y los niños. 2012.
19. Ovies G, Santana F, Padrón RS. Anticoncepción posparto. *Rev Cubana End* 1999;10(1):65-74.
20. Romero G, Soria SO, Ponce AL. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(11):499-503.
21. Navarro C, Gutiérrez D, Álvarez G, Aguayo A. Causas de no uso de anticonceptivos en el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:566-71.
22. Lizarzaburu SH. Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo Octubre-Diciembre del año 2005. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
23. Castañeda O, Castro LS, Lindoro KG. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, abril-junio 2008;10(2):37-41.



24. Casterline JB, Sinding SW. La necesidad insatisfecha de planificación familiar en los países y las implicaciones para el desarrollo de la política de población. *Population and Development Review* 2000;26(4):691-723.
25. Martínez AM. Funcionalidad familiar asociada al estado civil. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 2008;8(1):60-62.
26. Rangel JL, Valerio L. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM*, Enero-Febrero 2004; 47 (1):24-27.
27. Rafael MH. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
28. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Organización Mundial de la Salud, 2014.
29. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud e Investigación Reproductiva. Informe de una consulta técnica de la OMS sobre espaciamiento de los nacimientos. 2007.
30. Conde A, Rosas A, Castaño F, Norton MH. Efectos del espaciamiento de los nacimientos en perinatal, infantil y de la salud materno-infantil: una revisión sistemática de los mecanismos causales. *Studies in Family Planning* 2012;43(2):93-114.
31. Cleland J. Planificación familiar: la agenda inconclusa. *The Lancet*, 2006, 368(9549):1810–1827.
32. Fonseca E. Análisis de la relación entre intervalos intergenésicos y la sobrevivencia del niño, Honduras 2001. [Tesis]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2006.

33. Proctor A, Jenkins T, Loeb T. La satisfacción del paciente con 3 Métodos Anticonceptivos Consejería de postparto: Un estudio prospectivo aleatorizado. *Journal of Reproductive Medicine* 51(5):377-382, May 2006.
34. Bitto A. Los resultados adversos de embarazos no planificados y no planificados entre los usuarios de la planificación familiar natural: un estudio prospectivo. *American Journal of Public Health*, 1997, 97(3):338–343.
35. Alfonso JC. Reproducción en la adolescencia, una caracterización sociodemográfica. Primera Parte. *Rev Sexol Soc.* 2002;1(3):2-5.
36. Allen B, Villalobos A, Hernández MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, et. al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex* 2013;55(supl 2):S235-S240.
37. Ríos SY. Funcionalidad Familiar e Índice de Apego en Madres con Lactancia Materna Exclusiva Atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, 2016. [Tesis de especialidad]. Loja - Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017.
38. Ibid. P. 235.
39. Romero G, Soria SO, Ponce AL. Op. Cit. P. 499.
40. Zavala MA, Correa R, Posada SE, Domínguez A, Barojas J. Op. Cit. P. 12.
41. Agabo A. Prevalencia de las causas de no protección anticonceptiva posterior al evento obstétrico. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2007.

42. Miranda KA. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. [Tesis de pregrado]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
43. Moras MM. Op. Cit. P. 12.
44. Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev per epidemiol 2010; 14(2).
45. Malpartida EP. Factores asociados para la elección del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo en usuarias nuevas del servicio de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2016. [Tesis de pregrado]. Huánuco – Perú: Universidad De Huánuco; 2016.
46. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. (Cuarta Edición). España: Harcourt. 2000.
47. Ibid. P. 49.
48. Ibid. P. 49.
49. Ibid. P. 55.
50. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 2011;8(4):16-23.
51. Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. Corinter México 1ª ed: cap. 10. 2008.

52. Sánchez-Reyes A, Pedraza-Avilés A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *RevEspMedQuir*. 2011;16(2):82-88.
53. Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Op. Cit. P. 228.
54. Ibid. P. 277.
55. Ibid. P. 275.
56. Barragán A, Huacuz MG. El uso de anticonceptivos y las representaciones del periodo de fertilidad en el ciclo menstrual, en un grupo de mujeres de la ciudad de Guadalajara. *Estudios de Antropología Biológica*, 2005;XII: 563-582.
57. Arribas, MA. Hitos históricos en anticoncepción. s.l.: S.L., Pharma and health consulting, 2010.
58. Planned Parenthood Federation of America. Historia de los métodos anticonceptivos. Biblioteca Katharine Dexter McCormick, 2012.
59. Gómez PE, et all. Historia de la planificación familiar: Una visión integral. Bogotá : Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, 1998.
60. Los Métodos Anticonceptivos Actualmente Usados [internet]. [Consultado marzo 2016]. Disponible en: <http://www.atenciondelamujer.com.mx/temas-interes/metodos-anticonceptivos.php>
61. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (cuarta edición). Geneva: WHO Press; 2012.
62. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: revised

- recommendations for the use of contraceptive methods during the postpartum period. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011; 60:878.
63. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR-05):1-60.
  64. Díaz S. Los implantes anticonceptivos y la lactancia. Contraception 2002;65(1):39-46.
  65. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. P. 18.
  66. Ibid. P. 18.
  67. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Project INFO. Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
  68. Mérida M, Huerta J. La familia en el proceso salud enfermedad. Universidad de Los Andes. México. 1998.
  69. Urreta ME. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
  70. Olson D, Russell L, Sprenkle I. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Family Process. 1979. 3-28.

71. Aquilino L, Martínez P. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia 2da Edición. España. Editorial Rialp. 2004.
72. Ibid. P. 121.
73. Eguiluz LL. Dinámica familia: un enfoque psicológico sistémico 1º edición. México. Editorial Pax. 2003.
74. Arias L, Thier J. Apgar familiar. Ministerio de salud, recursos e instrumentos en medicina familiar. Colombia Médica, 1994:1-8.
75. Arias L, Herrera J. Op. Cit. P. 26.
76. Arias L, Thier J. Op. Cit. P. 1.
77. Ibid. P. 3.
78. Suarez CM, Alcalá EM. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz 2014;20(1):53-57.
79. Rivera ME. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. Uaricha Revista de Psicología, 2012;14:12-29.
80. Louro BI et al. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana. Editorial Ciencias médicas: 2002; 26-28.
81. Rosales LA. Disfunción eréctil y disfuncionalidad del subsistema conyugal, en pacientes diabeticos de la unidad de medicina familiar No. 75. [Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
82. Hernández A. Funcionalidad conyugal y calidad de vida en el paciente con colostomia e ileostomia adscritos al Hgr con Umf no220 Gral. Vicente villada de enero a junio de 2013. [Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
83. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Editorial Gedisa, 2009: 150-151.

84. Mossman C. Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 2008; 10 (2): 79-103.
85. Hernández R. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México. 5ª edición, 2010.
86. León SS. Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando, Lima - 2005. [Tesis de pregrado]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
87. Ponce RMY. Barreras percibidas por las puérperas para el uso de métodos anticonceptivos modernos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017. [Tesis de pregrado]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2017.
88. Rafael MH. Op. Cit. P. 56.
89. Tello A. Factores asociados a la elección del implante subdermico (implanon) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del instituto Nacional Materno Perinatal noviembre-diciembre 2014. [Tesis].Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
90. Quiroz G. Actitudes e información del varón relacionados a la aceptación de métodos anticonceptivos en zonas urbano - marginales de Trujillo. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad, 2009;1(4).
91. Sánchez S. Poder de decisión y autonomía de la mujer en el uso de métodos de planificación familiar noviembre del 2014. [Tesis]. Querétaro (México): Universidad Autonoma de Queretaro; 2014.

# ANEXO



CÓDIGO

FECHA: ----/----/----

## ANEXO 01

### CUESTIONARIO DE ACEPTACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

**TÍTULO:** Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en púerperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**INSTRUCCIONES:** Por favor lea cada una de las preguntas, así como las posibles opciones e indique la respuesta que sea apropiada para usted. Tus respuestas serán anónimas y confidenciales.

GRACIAS

#### I. Características Sociodemográficos

##### 1. ¿Cuál es su edad?

.....

##### 2. ¿Cuál es su estado civil?

- |                |     |
|----------------|-----|
| a) Casada      | ( ) |
| b) Separada    | ( ) |
| c) Conviviente | ( ) |
| d) Soltera     | ( ) |
| e) Viuda       | ( ) |

##### 3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- |                 |     |
|-----------------|-----|
| a) Sin estudios | ( ) |
| b) Primaria     | ( ) |
| c) Secundaria   | ( ) |
| d) Superior     | ( ) |

##### 4. ¿Cuál es su procedencia?

- |               |     |
|---------------|-----|
| a) Urbana     | ( ) |
| b) Rural      | ( ) |
| c) Periurbana | ( ) |

## II. Aceptación de métodos anticonceptivos:

Instrucciones: A continuación encontraras una serie de preguntas con tres opciones de respuesta, con la cuales pueden estar en desacuerdo o no. Coloca una aspa (X) debajo de la columna; **A** solo si estás de acuerdo con la frase, **I** solo si estas indeciso y **D** solo si está en desacuerdo.

Frases	A	I	D
1. Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en la pareja	( )	( )	( )
2. Los métodos anticonceptivos son fáciles de usar	( )	( )	( )
3. El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja	( )	( )	( )
4. Todos los métodos anticonceptivos protege de enfermedades de transmisión sexual	( )	( )	( )
5. Los métodos anticonceptivos aumenta de Peso	( )	( )	( )
6. Todos los métodos anticonceptivos son seguros	( )	( )	( )
7. El uso de métodos anticonceptivos es la decision libre y responsable de cada persona	( )	( )	( )
8. Se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos	( )	( )	( )
9. El uso de métodos anticonceptivos previene el embarazo no deseado	( )	( )	( )
10. Utilizaría usted algún método anticonceptivo	( )	( )	( )

CÓDIGO

FECHA: ----/----/----

## ANEXO 02

### ESCALA DE APGAR FAMILIAR

**TÍTULO:** Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en púerperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrarás una lista de preguntas que describen la vida familiar. Piensa el grado de satisfacción que te proporciona cada situación y marque con una X en cada paréntesis que mejor puede aplicarse a cada pregunta.

GRACIAS

#### I. Apgar familiar:

Preguntas	SI	NO
1. ¿Estás satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	( )	( )
2. ¿Te satisface que tu familia discute sus problemas y participa con usted en la solución de ellos?	( )	( )
3. ¿Tu familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?	( )	( )
4. ¿Estás satisfecha de la forma en que tu familia expresa su afecto.	( )	( )
5. ¿Te satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?	( )	( )

CÓDIGO 

FECHA: ----/----/----

## ANEXO 03

## ESCALA DE EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

**TÍTULO:** Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en púerperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de relación que pueden darse con tu familia y marque con una X en cada paréntesis que mejor puede aplicarse a cada afirmación.

GRACIAS

**I. Evaluación de las relaciones intrafamiliares:**

Frases	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. La familia en conjunto toman decisiones para cosas importantes de la familia	( )	( )	( )	( )	( )
2. En mi casa predomina la armonía	( )	( )	( )	( )	( )
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades	( )	( )	( )	( )	( )
4. Las manifestaciones de cariño son parte de nuestra vida cotidiana	( )	( )	( )	( )	( )
5. Nos expresamos en forma clara y directa	( )	( )	( )	( )	( )
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	( )	( )	( )	( )	( )
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	( )	( )	( )	( )	( )
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	( )	( )	( )	( )	( )
9. Se distribuyen las tareas en forma equitativa	( )	( )	( )	( )	( )

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	( )	( )	( )	( )	( )
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	( )	( )	( )	( )	( )
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	( )	( )	( )	( )	( )
13. Nuestras opiniones son respetados por el núcleo familiar	( )	( )	( )	( )	( )
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	( )	( )	( )	( )	( )

CÓDIGO

FECHA: ----/----/----

#### ANEXO 04

### ESCALA DE EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

**TÍTULO:** Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en púerperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de relación que pueden darse con su pareja y marque con una X en cada paréntesis que mejor puede aplicarse a cada afirmación.

GRACIAS

#### I. Evaluación del subsistema conyugal:

Frases	SI	NO
1. Se comunica directamente con su pareja	( )	( )
2. La pareja expresa claramente sus sentimientos	( )	( )
3. La comunicación verbal con su pareja es armoniosa	( )	( )
4. La pareja cumple los roles que le corresponden	( )	( )
5. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	( )	( )
6. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	( )	( )
7. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	( )	( )
8. Es satisfactoria la calidad de actividad sexual	( )	( )
9. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	( )	( )
10. El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	( )	( )
11. Se interesan por el desarrollo y superación	( )	( )
12. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	( )	( )

## ANEXO 05

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO:** Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

Yo, ....., estoy de acuerdo en participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la relación entre funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.

**Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.**

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la puérpera

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

Fecha: ...../...../.....

## ANEXO 06

### CONSTANCIAS DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

#### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Carlos A. Carrillo y Espinoza, con DNI N° 22170950  
de profesión obstetra,  
ejerciendo actualmente como  
obstetra mixta, en  
la institución Hospital Regional "Herminio Valdizan"

Por medio de la presente hago constatar que he revisado con fines de validación del instrumento (Guía de entrevista sociodemográfica, cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos y las escalas de funcionalidad familiar) a los efectos de su presente aplicación

En Huánuco, del 12 días del mes de Marzo del 2018.

**GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**  
Dirección Regional de Salud  
**Hospital Regional "Herminio Valdizan Medrano"**  
  
**CARLOS CARRILLO Y ESPINOZA**  
OBSTETRA  
FIRMA




## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN


Yo Melsi Alaga Victorio, con DNI N° 22506024  
de profesión Obstetra,  
ejerciendo \_\_\_\_\_ actualmente \_\_\_\_\_ como  
Docente, en  
la institución Universidad Hermilio Valdizan.

Por medio de la presente hago constatar que he revisado con fines  
de validación del instrumento (Guía de entrevista sociodemográfica,  
cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos y las  
escalas de funcionalidad familiar) a los efectos de su presente  
aplicación

\_\_\_\_\_

En Huánuco, el día 08 del mes de Marzo del 2017.

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"

  
MELSI ALAGA VICTORIO  
OBSTETRA  
COP. 4363

FIRMA

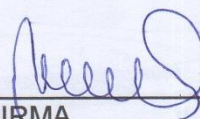
## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Gloria Llanos Rodríguez de los con DNI N° 22404125  
de profesión psicóloga,  
ejerciendo actualmente como  
psicóloga clínica, en  
la institución Hospital Regional de Uch.

Por medio de la presente hago constatar que he revisado con fines  
de validación del instrumento (Guía de entrevista sociodemográfica,  
cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos y las  
escalas de funcionalidad familiar) a los efectos de su presente  
aplicación

\_\_\_\_\_

En Huánuco, el día 15 del mes de Mayo del 2017

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA  
DNI 22404125



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Regina Huaman Jaulis, con DNI N° 28249891  
de profesión Obstetra,  
ejerciendo actualmente como  
Profesional Asistencial, en  
la institución Hospital Regional Herminio Valdizán Huánuco.

Por medio de la presente hago constatar que he revisado con fines  
de validación del instrumento (Guía de entrevista sociodemográfica,  
cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos y las  
escalas de funcionalidad familiar) a los efectos de su presente  
aplicación

\_\_\_\_\_

En Huánuco, el día 16 del mes de Marzo del 2012

  
FIRMA  
REGINA HUAMAN JAULIS  
OBSTETRA  
COP: 3084

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Bertha Serma Román, con DNI N° 22518726  
de profesión Docente,  
ejerciendo actualmente como  
Docente, en  
la institución Universidad de Huánuco.

Por medio de la presente hago constatar que he revisado con fines  
de validación del instrumento (Guía de entrevista sociodemográfica,  
cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos y las  
escalas de funcionalidad familiar) a los efectos de su presente  
aplicación

\_\_\_\_\_

En Huánuco, el día 10 del mes de Marzo del 2017

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

## ANEXO 07

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	<b>HIPOTESIS GENERAL:</b> La funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	Variable de interés: Aceptación de métodos anticonceptivos  Variable asociada: Funcionalidad familiar	Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y analítico.  Diseño: Correlacional.  Población y muestra: 260 puérperas.  Instrumento: • Cuestionario de aceptación de métodos anticonceptivos • Escala de apgar familiar • Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares • Escala de evaluación del subsistema conyugal
<b>PROBLEMA ESPECIFICO (1)</b> ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar respecto a apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?	<b>OBJETIVO ESPECIFICO (1)</b> Establecer la relación entre la funcionalidad familiar respecto a apgar familiar y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	<b>HIPOTESIS ESPECIFICA (1):</b> La funcionalidad familiar respecto a apgar familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	Variable de interés: Aceptación de métodos anticonceptivos  Variable asociada: Apgar familiar	
<b>PROBLEMA ESPECIFICO (2)</b> ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital	<b>OBJETIVO ESPECIFICO (2)</b> Valorar la relación entre la funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital	<b>HIPOTESIS ESPECIFICA (2):</b> La funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital	Variable de interés: Aceptación de métodos anticonceptivos  Variable asociada: Relaciones intrafamiliares	

Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?	Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.		
PROBLEMA ESPECIFICO (3) ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017?	OBJETIVO ESPECIFICO (3) Evaluar la relación entre la funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal y la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	HIPOTESIS ESPECIFICA (3): La funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017.	Variable de interés: Aceptación de métodos anticonceptivos  Variable asociada: Subsistema conyugal	